



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Facultad de Odontología

Escuela Profesional de Odontología

Impacto de la rehabilitación protésica en la calidad de vida de los pacientes portadores de prótesis total y prótesis parcial removible atendidos en la Clínica de Pregrado de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos

TESIS

Para optar el Título Profesional de Cirujano Dentista

AUTOR

Yamila Liliana VALENCIA AGUIRRE

ASESOR

Dra. Teresa Angélica EVARISTO CHIYONG

Lima, Perú

2019



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Valencia Y. Impacto de la rehabilitación protésica en la calidad de vida de los pacientes portadores de prótesis total y prótesis parcial removible atendidos en la Clínica de Pregrado de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Odontología, Escuela Profesional de Odontología; 2019.



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
(Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA)
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
VICE DECANATO ACADÉMICO
UNIDAD DE ASESORÍA Y ORIENTACIÓN DEL ESTUDIANTE



ACTA

Los Docentes que suscriben, reunidos el ocho de mayo del 2019, por encargo de la Sra. Decana de la Facultad, con el objeto de constituir el Jurado de Sustentación para obtener el Título Profesional de Cirujano Dentista de la Bachiller:

VALENCIA AGUIRRE, Yamila Liliana

CERTIFICAN :

Que, luego de la Sustentación de la Tesis « **IMPACTO DE LA REHABILITACIÓN PROTÉSICA EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES PORTADORES DE PRÓTESIS TOTAL Y PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE ATENDIDOS EN LA CLÍNICA DE PREGRADO DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS** » y habiendo absuelto las preguntas formuladas, demuestra un grado de aprovechamiento: **SOBRESALIENTE**, siendo calificado con un promedio de: **Diecinueve** **19**

(en letras)

(en números)

En tal virtud, firmamos en la Ciudad Universitaria, a los ocho días del mes de mayo del dos mil diecinueve.

PRESIDENTE DEL JURADO

Mg. Romel Armando Watanabe Velásquez

MIEMBRO

Mg. Víctor Fernando Lamas Lara

MIEMBRO (ASESOR)

Dra. Teresa Angélica Evaristo Chiyong

Escala de calificación: Grado de Aprovechamiento:
Sobresaliente (18-20), Bueno (15-17), Regular (12-14), Desaprobado (11 ó menos)
Criterios : Originalidad, Exposición, Dominio del Tema, Respuestas.

MIEMBROS DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

Mg. Romel Armando Watanabe Velásquez

PRESIDENTE

Mg. Víctor Fernando Lamas Lara

MIEMBRO

Dra. Teresa Angélica Evaristo Chiyong

ASESOR

DEDICATORIA

A Dios por brindarme en cada día un nuevo aprendizaje de vida y su fortaleza para seguir adelante para cumplir mis sueños.

A mi familia por su apoyo constante durante esta etapa universitaria, a mi madre por siempre creer en mí y luchar conmigo hasta conseguir mis metas y a mi padre por incentivar en mí y en mis hermanos el estudio y el deseo de superación.

A mi querida alma máter Universidad Nacional Mayor de San Marcos por brindarme tantos gratos momentos y permitirme estar en sus aulas, mi querida facultad de Odontología, mis docentes de quienes estaré eternamente agradecida por la formación brindada.

AGRADECIMIENTOS

A mi asesora la Dra. Teresa Angélica Evaristo Chiyong, por su apoyo constante en todo momento, por brindarme sus consejos, por el tiempo brindado e incentivarme la investigación.

Al Dr. Romel Armando Watanabe Velásquez, por su asesoría desinteresada desde antes del inicio de este trabajo, apoyo y consejo constante para la realización de esta investigación.

Al Dr. Víctor Fernando Lamas Lara, por su asesoría constante, disposición permanente

y brindarme siempre los consejos para mejorar el presente trabajo.

A los pacientes de este estudio que amablemente aceptaron la entrevista y me brindaron su tiempo, sin ellos no hubiese sido posible concluir satisfactoriamente este trabajo de investigación.

RESUMEN

El propósito del presente estudio fue determinar el impacto de la rehabilitación protésica en la calidad de vida relacionada a la salud oral en los pacientes portadores de prótesis total y prótesis parcial removible atendidos en la clínica de Pregrado de la Facultad de Odontología de la UNMSM después del tratamiento rehabilitador.

La muestra estuvo comprendida por 217 pacientes que recibieron tratamiento rehabilitador con prótesis removible en los años 2016, 2017 y 2018, se utilizó el *General Oral Health Assesment Index* (GOHAI). Se evaluaron las variables: sexo, edad, tiempo de portador, tipo de prótesis removible, percepción de la estabilidad y retención de la prótesis removible. Se obtuvo una puntuación de 52.44 del índice GOHAI en los participantes lo que indicó una moderada autopercepción de la calidad de vida relacionado a la salud oral. Por otro parte, se determinó una relación estadísticamente significativa entre el índice GOHAI y la autopercepción de la estabilidad y retención de las prótesis removibles, sin encontrarse una relación estadísticamente significativa entre el índice GOHAI y el tipo de prótesis removible, sexo, edad y tiempo de potador. Dichas variables no fueron factores determinantes en el impacto de la CVRSO.

PALABRAS CLAVE: Calidad de vida, calidad de vida relacionado a la salud oral (CVRSO), *General Oral Health Assesment Index* (GOHAI), prótesis removible, rehabilitación protésica

ABSTRACT

The purpose of the present study was to determine the impact of prosthetic rehabilitation on the quality of life related to oral health in patients with total dentures and removable partial dentures treated in the Undergraduate Clinic of the Faculty of Dentistry of the UNMSM after rehabilitation treatment. The sample consisted of 217 patients who received rehabilitative treatment with a removable prosthesis in 2016, 2017 and 2018, using the General Oral Health Assessment Index (GOHAI). The variables were evaluated: sex, age, carrier time, type of removable prosthesis, perception of stability and retention of the removable prosthesis. A score of 52.44 of the GOHAI index was obtained in the participants, which indicated a moderate self-perception of the quality of life related to oral health. On the other hand, a statistically significant relationship was determined between the GOHAI index and the self-perception of the stability and retention of the removable prostheses, without finding a statistically significant relationship between the GOHAI index and the type of removable prosthesis, sex, age and carrier time. These variables were not determining factors in the impact of CVRSO.

KEY WORDS: Quality of life, quality of life related to oral health (CVRSO), General Index of Oral Health Evaluation (GOHAI), removable prosthesis, prosthetic rehabilitation

ÍNDICE

I.	INTRODUCCIÓN	12
II.	PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	14
2.1.	Área problema	14
2.2.	Delimitación del problema.....	15
2.3.	Formulación del problema	17
2.4.	Objetivos	17
2.4.1.	Objetivo general	17
2.4.2.	Objetivos específicos.....	17
2.5.	Justificación	18
2.6.	Limitaciones.....	20
III.	MARCO TEORICO.....	21
3.1.	Antecedentes.....	21
3.2.	BASES TEÓRICAS	28
3.2.1.	Edentulismo.....	28
3.2.2.	Calidad de vida y edentulismo	29
3.2.3.	Calidad de vida.....	30
3.2.4.	Calidad de vida relacionada a la salud oral.....	32
3.2.5.	Índices de evaluación de la calidad de vida relacionada a la salud oral	34
3.2.6.	Geriatric/General Oral Health Assessment Index (GOHAI)	37
3.3.	Definición de términos	39
3.4.	Hipótesis.....	40
3.5.	Operacionalización de variables	41

IV.	METODOLOGÍA	43
4.1.	Tipo de investigación	43
4.2.	Población y muestra	43
4.2.1.	Población.....	43
4.2.2.	Muestra	43
4.2.3.	Tipo de muestreo.....	44
4.3.	Procedimiento y técnica.....	45
4.4.	Procesamiento de datos	48
4.5.	Análisis de resultados	48
4.6.	Consideraciones éticas.....	49
V.	RESULTADOS.....	50
VI.	DISCUSIÓN	66
VII.	CONCLUSIONES	72
VIII.	RECOMENDACIONES	73
IX.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	74
X.	ANEXOS.....	82

LISTA DE TABLAS

TABLA 1. Edad de los participantes	50
TABLA 2. Distribución de la muestra según sexo.....	51
TABLA 3. Distribución de la muestra según año de atención	52
TABLA 4. Distribución de pacientes según tipo de prótesis removible	53
TABLA 5. Tiempo de portador en años de prótesis removible.....	54
TABLA 6. Tiempo en meses de portador de la prótesis removible evaluada en el estudio	54
TABLA 7. Distribución de pacientes según autopercepción de estabilidad y retención de la prótesis removible.....	55
TABLA 8. Descripción del tipo de prótesis removible afectada por la estabilidad y retención.....	56
TABLA 9. Distribución de los pacientes según el uso de adhesivo dental para prótesis removibles	56
TABLA 10. Distribución de los pacientes según el impacto de la rehabilitación protésica en la calidad de vida relacionada a la salud oral utilizando el índice GOHAI ...	57
TABLA 11. Puntuación del índice GOHAI en pacientes portadores de prótesis removibles atendidos en la clínica de pregrado de la Facultad de Odontología de la UNMSM	58
TABLA 12. Función física de la calidad de vida relacionada a la salud oral en pacientes portadores de prótesis removible utilizando el índice GOHAI.....	59

TABLA 13. Función psicosocial de la calidad de vida relacionada a la salud oral en pacientes portadores de prótesis removible utilizando el índice	60
TABLA 14. Dolor o incomodidad en la calidad de vida relacionada a la salud oral de los pacientes portadores de prótesis removibles utilizando el índice GOHAI	60
TABLA 15. Dimensiones del índice de evaluación de la salud oral general- GOHAI	61
TABLA 16. Distribución del impacto de la calidad de vida relacionada a la salud oral utilizando en índice GOHAI con relación al sexo.....	61
TABLA 17. Impacto de la calidad de vida relacionada a la salud oral utilizando en índice GOHAI con relación a la edad	62
TABLA 18. Impacto de la calidad de vida relacionada a la salud oral utilizando en índice GOHAI con relación al tipo de prótesis removible.....	62
TABLA 19. Impacto de la calidad de vida relacionada a la salud oral utilizando en índice GOHAI con relación al tiempo de portador de la prótesis removible en años.....	63
TABLA 20. Distribución del impacto de la calidad de vida relacionada a la salud oral utilizando en índice GOHAI con relación al tiempo de portador en meses de la prótesis removible evaluada en el estudio	64
TABLA 21. Distribución del impacto de la calidad de vida relacionada a la salud oral utilizando el índice GOHAI con relación a la percepción de estabilidad y retención de la prótesis removible	64

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1. Distribución de la muestra según edad	50
GRÁFICO 2. Distribución de la muestra según sexo	51
GRÁFICO 3. Distribución de la muestra según año de atención.....	52
GRÁFICO 4. Distribución de pacientes según tipo de prótesis removible superior	53
GRÁFICO 5. Distribución de pacientes según tipo de prótesis removible inferior	53
GRÁFICO 6. Distribución de pacientes según autopercepción de estabilidad y retención de la prótesis removible.....	55
GRÁFICO 7. Distribución de los pacientes según el uso de adhesivo dental para prótesis removibles	57
GRÁFICO 8. Distribución de los pacientes según el impacto de la rehabilitación protésica en la calidad de vida relacionada a la salud oral utilizando el índice GOHAI ...	58

I. INTRODUCCIÓN

El término calidad de vida surge con el fin de conocer la percepción que tienen la población con respecto a su bienestar general, como ellos se sienten respecto a su economía, educación, salud, etc; tratando así de poder obtener indicadores de referencia para el estado para poder realizar futuros cambios y reformas para su desarrollo. Una dimensión importante para evaluar la calidad de vida es la salud, así surge la conceptualización de la calidad de vida relacionada a la salud, el cual hace referencia a la percepción de la salud, recogiendo aspectos objetivos y subjetivos.

Durante mucho tiempo la salud oral no era considerada por los investigadores como un indicador importante de la salud, rechazaban la idea de la repercusión de las enfermedades orales en la salud general. Esto fue así hasta inicios de los años 80, donde aparece el término de calidad de vida relacionada a la salud oral (CVRSO), para evaluar el impacto de las enfermedades orales en la calidad de vida de las personas. A lo largo de estos años y hasta la actualidad se siguen creando instrumento para poder evaluar la CVRSO de una manera más objetiva, esto debido a la subjetividad que posee al estar relacionado con la percepción del individuo.

En el Perú, la salud oral sigue siendo una problemática en el sector salud, los índices de las enfermedades de la cavidad oral más predominantes como la caries y la enfermedad periodontal no muestran mejoras significativas; la evolución de estas enfermedades trae consigo la pérdida de las piezas dentarias generando en la población un edentulismo parcial o total, esto provoca cambios en la función masticatoria, el habla, las relaciones interpersonales, autoestima, todo ello genera

un impacto en la calidad de vida. Ante ello, la odontología restauradora es la encargada de devolver una adecuada funcionalidad al sistema estomatognático, lo que genera en la persona cambios en la salud oral y por ende en su calidad de vida.

Es por ello que el estudio busca evaluar el impacto de la rehabilitación protésica en la calidad de vida de los pacientes portadores de prótesis removibles mediante la aplicación del cuestionario *Índice General de la Salud Oral* (GOHAI) que acudieron a la clínica de Odontología de la UNMSM.

II. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

2.1. Área problema

De acuerdo con la OMS, las principales enfermedades causantes de la pérdida de los dientes son la caries y la enfermedad periodontal. Según datos proporcionados por el mismo organismo, el 60% a 90% de los escolares y cerca al 100% de los adultos a nivel mundial presentan caries y entre el 15% a 20% de adultos en edad media presentan enfermedad periodontal, donde el progreso de esta enfermedad puede generar la pérdida de las piezas dentarias. Alrededor del 30% de la población entre los 65 a 74 años no presentan piezas dentarias, donde a mayor edad el porcentaje va aumentando¹.

El edentulismo es la pérdida de las piezas dentarias, si la ausencia es de algunas piezas se denomina parcial y si la ausencia es en toda la arcada se denomina edentulismo total². Esta ausencia de las piezas dentarias conlleva a un cambio en el sistema estomatognático del individuo, donde se puede observar desde cambios funcionales, nutricionales, afectivos, comprometiendo la salud general y la calidad de vida³, lo que conduce a una masticación deficiente, alteraciones fonéticas y problemas psicosociales⁴.

Es por tal motivo que la odontología restauradora busca ante la ausencia total o parcial de las piezas dentarias restablecer la función, la estética y el equilibrio en el aparato estomatognático mediante tratamientos de prótesis fija, prótesis removibles, siendo estas parciales o totales; buscando siempre una correcta oclusión⁵.

El someterse a un tratamiento rehabilitador y modificar las alteraciones que trae consigo la pérdida de estructuras dentarias, conlleva a un cambio en la salud oral y en la calidad de vida. Donde la evaluación de los tratamientos en rehabilitación debe

considerar las opiniones de los pacientes como una variable en el éxito del tratamiento⁶. En el pasado, los investigadores en el área de la odontología consideraban que las medidas de los resultados basados en la percepción del clínico eran más importantes que las medidas de los resultados subjetivos del paciente^{7,8}. Sin embargo, recientemente, los investigadores han comenzado a dirigir su atención por conocer la valoración del paciente acerca de su salud bucal y el tratamiento recibido, para comprender mejor el efecto del tratamiento y los beneficios percibidos por el este^{9,10}.

2.2. Delimitación del problema

La ausencia de piezas dentarias implica cambios en la calidad de vida de las personas, viéndose afectada no solo el componente funcional sino también el componente emocional y psicológico. Las prótesis parciales removibles y las prótesis totales siguen siendo las más usadas para el reemplazo de las piezas dentarias, las cual cumplen una función muy importante en la restructuración funcional y sistemática¹¹. Es por ello que el objetivo de la rehabilitación protésica es recuperar la funcionalidad, logrando así una buena masticación, un mejor aspecto estético y por ende mejorar la calidad de vida del paciente.

En la actualidad, podemos encontrar cada vez más investigaciones que considera importante evaluar la autopercepción del paciente sobre su salud oral, para realizar dicha valoración se han venido desarrollando diversos instrumentos que permitan evaluarlo. Dentro de los cuales evalúan diversos factores como la apariencia, el estado psicosocial, la limitación funcional, el dolor, el autocuidado, el resultado ante el tratamiento¹². Se han establecido igualmente relaciones entre los hábitos de salud oral, los conocimientos, las actitudes y los factores sociales¹³.

En las últimas tres décadas ha crecido el uso de instrumentos e índices, que miden y

valoran la calidad de vida relacionada a la salud oral (CVRSO) como una herramienta importante en la valoración clínica, calidad en el tratamiento, encuestas de salud oral y estudio de programas preventivos dirigido a identificar los problemas bucodentales y mejora la salud oral del individuo¹⁴.

Es así que para poder llevar a cabo una evaluación de la autopercepción de la CVRSO esta ha podido ser medida y estandarizada por cuestionarios o descritos mediante entrevistas. Los cuestionarios frecuentemente utilizados son el *Oral Health Impact Profile* (OHIP)¹⁵, entre las versiones cortas se encuentra el OHIP-14, el OHIP-19 DENT usado en pacientes edéntulos¹⁶, *Oral Impacts on Daily Performances* (OIDP)¹⁷ y el *Geriatric Oral Health Assessment Index* (GOHAI)¹⁸, el cual ha sido creado y diseñado para poder evaluar los problemas de salud oral en los adultos mayores. Este último instrumento aplicado a personas de todas las edades demostró un alto nivel de confiabilidad y consistencia interna, por lo cual los autores han recomendado el cambio del nombre del instrumento por el de *General Oral Health Assessment Index* (GOHAI)^{20, 21}; siendo uno de los instrumentos más usados para medir la CVRSO y contar con varias traducciones en diferentes idiomas.

Este estudio evaluará el impacto de la rehabilitación protésica en pacientes portadores de prótesis removibles atendidos en la clínica de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM); cuyos datos serán recogidos mediante el cuestionario GOHAI aplicado después de su rehabilitación, de esta manera evaluaremos el impacto de la salud oral luego del uso de las prótesis removibles.

2.3. Formulación del problema

¿Cuál es el impacto de la rehabilitación protésica en la calidad de vida relacionada a la salud oral de los pacientes portadores de prótesis total y prótesis parcial removible atendidos en la clínica de Pregrado de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos?

2.4. Objetivos

2.4.1. Objetivo general

- Determinar el impacto de la rehabilitación protésica en la calidad de vida relacionada a la salud oral de los pacientes portadores de prótesis total y prótesis parcial removible atendidos en la clínica de Pregrado de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM) después del tratamiento rehabilitador.

2.4.2. Objetivos específicos

- Identificar las características del portador de la prótesis removible: sexo, edad, año de atención, tipo de prótesis, tiempo de ser portador, tiempo de portador de la última prótesis, uso de adhesivo dental, percepción sobre la estabilidad y retención
- Determinar la función física de la calidad de vida relacionada a la salud oral en pacientes portadores de prótesis removibles atendidos en la clínica de pregrado de la UNMSM.
- Determinar la función psicosocial de la calidad de vida relacionada a la salud oral en pacientes portadores de prótesis removibles atendidos en la clínica de pregrado de la UNMSM.

- Determinar el dolor o incomodidad en la calidad de vida relacionada a la salud oral en los pacientes portadores de prótesis removible atendidos en la clínica de pregrado de la UNMSM.
- Relacionar el sexo y la edad con el impacto en la calidad de vida relacionada a la salud oral en los pacientes de la clínica de pregrado de la UNMSM.
- Identificar la relación entre el tipo de prótesis removible con el impacto en la calidad de vida relacionada a la salud oral utilizando el índice de GOHAI en los pacientes de la clínica de pregrado de la UNMSM.
- Relacionar el tiempo portador de prótesis removible con el impacto en la calidad de vida relacionada a la salud oral en los pacientes de la clínica de pregrado de la UNMSM.
- Relacionar la percepción de la estabilidad y retención de la prótesis removible con el impacto en la calidad de vida relacionada a la salud oral en los pacientes de la clínica de pregrado de la UNMSM.

2.5. Justificación

En nuestro país sigue prevalente el alto índice de piezas perdidas por habitantes, la cual se acentúa en personas adultas y adultas mayores; esto debido a la alta prevalencia de enfermedades bucodentales como lo es la caries y las enfermedades periodontales. A pesar que no existe estadísticas proporcionadas por el estado acerca de la prevalencia del edentulismo, estas son conocidas de manera empírica por la población. La necesidad de la rehabilitación debido a la pérdida de dientes es aún frecuente en la parte clínica, tanto en instituciones públicas como privadas, esta demanda aumenta al querer mejorar diversos aspectos como la masticación, el habla, la estética, etc.

El tratamiento odontológico mediante la rehabilitación protésica mejora la salud oral, el bienestar emocional, la autoestima, la masticación, fonación y en general la calidad de vida del paciente.^{22, 23}

El impacto de la rehabilitación protésica se recoge de la percepción del paciente luego del tratamiento odontológico. La evaluación clínica no nos permite evaluar de una manera global la salud bucal general, debido a que no valoran características funcionales, sociales y emocionales; la falta de evaluación de estos aspectos no nos permite tener conocimiento acerca de las preferencias, preocupaciones, necesidades que manifiestan los pacientes. Después de la instalación de las prótesis removibles no se suele valorar la percepción del paciente, por lo que evaluar mediante instrumentos que permitan recoger dicha valoración sería trascendente para medir el resultado del tratamiento.²⁴

Es así que este trabajo de investigación tiene la finalidad de evaluar el impacto generado después del tratamiento protésico en los pacientes atendidos en la clínica de pregrado de odontología de la UNMSM, determinar los cambios en la CVRSO y evaluar el éxito de los tratamientos realizados. Estos datos nos permitirán comprender que aspectos de la rehabilitación debemos de mejorar para que el paciente pueda llegar a valorar de manera positiva la autopercepción de su salud bucodental.

Así también evaluar en el tiempo el éxito o no de los tratamientos con prótesis removibles, ya que comúnmente no se realiza el seguimiento después de su tratamiento rehabilitador, tampoco se hace énfasis al cuidado, higiene y mantenimiento de las prótesis removibles.

Es por ello que resulta importante determinar mediante indicadores si existe o no una mejora en la salud bucodental del paciente luego del uso de la prótesis removible y

que aspectos consideran importante en su rehabilitación.

La parte clínica se beneficiará al saber el efecto del tratamiento proporcionado por los estudiantes en la CVRSO de los pacientes, mejorando así el índice de satisfacción y la calidad en la atención. Los pacientes se beneficiarán al recibir un mejor tratamiento tomando en consideración los aspectos más importantes en su calidad de vida.

2.6. Limitaciones

El presente estudio tiene como limitaciones el tipo de estudio, al no ser un estudio longitudinal no nos permite evaluar el índice GOHAI en dos tiempos, antes y después del tratamiento rehabilitador y así determinar posibles cambios en la CVRSO del paciente a raíz de la rehabilitación.

Otra limitación es la cierta dificultad para realizar la encuesta en los pacientes, esto debido a la aplicación de una encuesta telefónica la cual no es muy desarrollada en nuestro país en el rubro de la investigación. Así también la evaluación subjetiva de la percepción de la estabilidad de prótesis conlleva a cierta limitación al no realizar una evaluación clínica de la estabilidad y retención de la prótesis removible y tener resultados más objetivos.

III. MARCO TEORICO

3.1. Antecedentes

Kaushik y col (2018)²⁵ llevaron a cabo un estudio longitudinal en 100 individuos para evaluar y comparar el efecto de la rehabilitación con prótesis completas en la CVRSO en tres momentos, antes del tratamiento, 6 y 12 meses después de la rehabilitación. Para evaluar la CVRSO se utilizó el índice GOHAI de 11 ítems y una escala de Likert de 6 categorías, donde los puntajes varían de 0 a 55, donde se asoció un puntaje más bajo con una mejor salud oral. Se observó que los puntajes de la CVRSO mejoraron significativamente a los 6 y 12 meses después de instalación de las prótesis, en comparación con los puntajes iniciales. Concluyeron que la CVRSO de los pacientes mejoró después de la rehabilitación con prótesis completa.

Osman y col (2018)²⁶ realizaron un estudio para comparar y evaluar la validación de dos índices de calidad de vida, el Perfil de Impacto en la Salud Oral-14 (OHIP-14) y el Índice de Evaluación de la Salud Oral Geriátrica (GOHAI) en 69 en pacientes con y sin experiencia previa de prótesis total removible, antes y después del tratamiento, quienes asistieron a las Clínicas Odontológicas de la Universidades de Jartum y Sudán. Se halló diferencias significativas entre las puntuaciones totales antes y después del tratamiento con GOHAI y el OHIP-14. Sin embargo, ninguno de los dos instrumentos pudo detectar diferencias significativas entre los pacientes con y sin experiencia en prótesis. Se observaron mayores mejoras de CVRSO después de la rehabilitación protésica en los participantes sin experiencia que aquellos con experiencia previa de prótesis removible.

Degrandi y col (2017)²⁷ desarrollaron un estudio longitudinal en 100 pacientes desdentados bimaxilares atendidos en la clínica de la Facultad de Odontología de la Universidad de la República, en Uruguay. Se evaluó el impacto en la CVRSO de los

pacientes antes del tratamiento, en el alta y 3 meses después de la rehabilitación, se utilizó el instrumento *Oral Health Impact Profile-14* (OHIP-14) para evaluar la CVRSO. Se observó una mejoría de la CVRSO después de la rehabilitación con prótesis totales.

Rodríguez y col (2016)²⁸ llevaron a cabo una revisión de 58 fuentes bibliográficas sobre la autopercepción de la salud oral y las consideraciones que manifiestan para su valoración en pacientes que utilizan prótesis removible. Hallaron una relación entre la autopercepción de la salud oral y calidad de vida, donde la percepción del individuo varía de acuerdo al sexo, grado de instrucción, tipo de prótesis y experiencia previa de prótesis. Se evidencio que los investigadores tienen predilección por el uso OHIP y el GOHAI para evaluar la calidad de vida, siendo el GOHAI el instrumento más usado por la simplicidad en su aplicación y por la detección de las necesidades que presentan los pacientes.

Rodríguez y col (2016)²⁹ evaluaron la asociación de diversos factores con la autopercepción de la salud oral en un estudio descriptivo observacional en 150 pacientes rehabilitados con prótesis removible, mayores de 60 años. Se usó el índice GOHAI para valorar la salud oral, donde se determinó que el 18.7% posee una alta autopercepción de su salud oral y un 49.3% una autopercepción regular. Se evidenció una relación estadísticamente significativa con una edad inferior a 80 años, sexo masculino, rehabilitación bimaxilar y experiencia previa de prótesis; todos estos factores relacionados a una alta autopercepción de la salud oral.

González (2016)³⁰ determinaron el nivel de satisfacción por el uso de las prótesis totales utilizando el índice GOHAI para evaluar la CVRSO, en 90 pacientes edéntulos bimaxilares del hospital Dr. Humberto Molina, Ecuador. Se encontró una autopercepción morada-alta con relación a la CVRSO, donde la mayor parte de los

pacientes manifestaron estar conforme con su prótesis removible e indicaron molestias mínimas con la sensibilidad y dolor. Con respecto a la dimensión física los pacientes se limitaron en la ingesta de ciertos alimentos por problemas en la masticación.

Reinoso (2016)³¹ realizó un estudio transversal en 100 pacientes adultos mayores edéntulos totales o parciales, con y sin experiencia de prótesis atendidos en la Clínica de Odontología de la Universidad de las Américas, Ecuador. Se evaluó los efectos psicológicos de los pacientes edéntulos y la calidad de vida, para ello se utilizaron el cuestionario Goldberg y el índice GOHAI. Se encontró que el 68% y el 9% manifestaron una baja y alta autopercepción de la calidad de vida respectivamente.

Bonnet y col (2015)³² evaluaron la satisfacción de las prótesis removibles y el impacto de la rehabilitación en la CVRSO, en 116 pacientes los cuales fueron divididos en dos grupos, un grupo que usaba por primera vez una prótesis y otro grupo de renovación de prótesis. Utilizaron el índice GOHAI y el *Satisfaction of McGill Denture, antes y después del tratamiento*. Las puntuaciones finales del GOHAI fueron baja (47.1 ± 10.0) para el grupo de pacientes que renovaron sus prótesis y una puntuación regular (51.7 ± 7.1) en la CVRSO en el grupo de pacientes que utilizaron por primera vez una prótesis, independientemente del sexo, edad y tipo de prótesis del paciente.

Ilhan y col (2015)³³ estudiaron los cambios en la CVRSO antes y 3 meses después del tratamiento protésico en 40 pacientes adultos mayores utilizando el índice GOHAI, historias clínicas y exámenes intraorales. Se observó un aumento en las puntuaciones del GOHAI de 41.275 (baja) a 53.100 (moderada) después de la rehabilitación dental; del mismo modo se evidenció puntuaciones más altas en aquellos que usaban prótesis removibles, en pacientes con mala higiene oral y edad inferior a los 70 años y. Concluyeron que la rehabilitación protésica mejora significativamente los puntajes del índice GOHAI, lo que indica una mejora en la CVRSO.

Yen y col (2015)³⁴ evaluaron la asociación entre el uso de prótesis removibles y la CVRSO en una muestra de 277 personas mayores, en Taiwán. Utilizaron el cuestionario GOHAI-T para evaluar la CVRSO también registraron la ubicación de las piezas dentarias, el número de los dientes y el tipo de prótesis removable. El puntaje promedio del GOHAI fue de 47.8 ± 0.5 , lo que expresó una mala percepción de la salud oral. Se encontró relación estadísticamente significativa entre la CVRSO y el número de dientes, grado de instrucción, tipo de la prótesis removable, percepción de una prótesis suelta y percepción de úlcera oral. El estudio sugirió que la satisfacción con las prótesis removibles es favorable para evaluar el efecto del tratamiento en la CVRSO en pacientes portadores de prótesis removable.

Cruz y col (2014)³⁵ determinaron la relación entre la CVRSO y la rehabilitación protésica en un estudio analítico, transversal en 262 pacientes atendidos en la clínica odontológica de la Universidad Santo Tomás, Colombia. Para la medición de la CVRSO utilizaron el OHIP, donde se obtuvieron puntuaciones bajas en la limitación funcional en pacientes rehabilitados con prótesis fija y mejores puntuaciones en la inconformidad e incapacidad psicológica lo obtuvieron los pacientes con prótesis sobre implantes. No se halló una estadística significativa entre las dimensiones del OHIP y el tipo de rehabilitación protésica.

Montero y col (2013)³⁶ realizaron un estudio en una muestra de 153 pacientes rehabilitados protésicamente, el objetivo fue evaluar los cambios en su CVRSO. La información se recolectó utilizando el OHIP-14, antes y un mes después del tratamiento. A la evaluación se encontró una menor CVRSO en los pacientes que necesitaban prótesis acrílicas totales o parciales en comparación con aquellos que requerían prótesis fija o prótesis parcial removable de base metálica. Se observó mejoras en la masticación y estética, los pacientes manifestaron estar satisfechos con las prótesis convencionales; así mismo se apreció que la dimensión dolor e

incomodidad fue el único problema posterior a la rehabilitación.

Pistorius y col (2013)³⁷ determinaron los factores que afectan a la CVRSO en pacientes con prótesis removible. El estudio fue realizado en 243 pacientes donde evaluaron la calidad de vida mediante el índice GOHAI. Se determinó que los factores relevantes para una buena CVRSO fueron: la satisfacción de los pacientes con su prótesis removible, mayor edad, mayor número de dientes, mayor ingreso, mayor frecuencia de visitas al dentista, abstinencia al tabaco y residencia en un área rural. Los resultados revelaron que la CVRSO se ve afectada no solo por factores de origen dental, sino también por los factores psicosociales y económicos.

Dable y col. (2013)³⁸ realizaron un estudio longitudinal en 63 pacientes edéntulos totales que acudieron para un tratamiento rehabilitador en una Facultad de Odontología en la India. El propósito de este estudio fue identificar y reconocer los problemas de los pacientes asociados con la calidad de vida, antes y después del tratamiento. Se utilizó un cuestionario donde se recopiló información general de los pacientes y el GOHAI para medir la calidad de vida. Los resultados mostraron un aumento del GOHAI de 28.90 ± 7.28 a 42.19 ± 7.60 , lo cual evidenció un cambio significativo en la calidad de vida en los pacientes después de su rehabilitación protésica.

AlBaker y col (2012)³⁹ compararon la CVRSO entre los pacientes que recibieron tratamiento con prótesis total bimaxilar y otro grupo que recibió prótesis total superior o inferior. La muestra estuvo compuesta por 55 pacientes que recibieron tratamiento protésico en el *College of Dentistry* de la Universidad de Arabia Saudita, se utilizó dos instrumentos para comparar la CVRSO el OHIP-EDENT y el GOHAI. Las puntuaciones promedio del OHIP-EDENT fueron más altas en los que usaban prótesis total bimaxilar, en comparación con aquellos que tenían prótesis en una sola arcada; muy

diferente con los resultados del GOHAI que mostró puntuaciones bajas en los rehabilitados en ambas arcadas (28.25 ± 3.67) en comparación con los pacientes con prótesis total en una sola arcada (35.12 ± 2.11).

Esquivel, Jiménez (2012)⁴ identificaron el impacto del uso de la prótesis removible en la salud oral en 53 pacientes que acudieron a las Clínicas Odontológicas Iztacala y Acatlán de la UNAM, México. Se realizó una evaluación clínica y se hizo uso del GOHAI para evaluar la CVRSO antes y un mes después del tratamiento. Encontraron que un 11.3% tuvieron una alta CVRSO y un mes después el porcentaje aumentó a 35.7%, así también se evidencio cambios positivos en el habla, la masticación y la preocupación por la dentadura. Se concluyó que el uso de prótesis mejoró significativamente la calidad de vida en relación a la autopercepción de la salud oral ante la usencia parcial o total de las piezas dentarias.

Díaz y col (2012)⁴⁰ estudiaron la relación entre la salud oral y la calidad de vida en una muestra de 120 adultos mayores que acudieron a la Facultad de Odontología de la Universidad de Cartagena. La recolección de los datos fue obtenida a través de un examen clínico, el índice GOHAI y una encuesta con datos sociodemográficos y familiares. Los resultados mostraron una relación significativa entre una salud oral deficiente y una baja calidad de vida. Con respecto al índice GOHAI, el 74,1% obtuvo una alta autopercepción de su salud oral, el 16,6% manifestó una autopercepción baja y el 9,7% una autopercepción moderada.

Shigli, Kebbal (2010)²⁰ Evaluaron los cambios en la CVRSO en pacientes con prótesis totales, antes y un mes después del tratamiento, en una muestra de 35 pacientes atendidos en el *Modern Dental College and Research Centre*, India. Se evaluó la CVRSO utilizando el índice GOHAI utilizando una escala de tres puntos, una puntuación que oscilaba entre 11 y 33, donde una puntuación alta indica una mejor

autopercepción de la CVRSO. La puntuación promedio del GOHAI aumentó de 27.48 a 30.19, lo que evidenció mejoras en la dimensión funcional después de recibir el tratamiento rehabilitador.

Veyrune y col. (2005)²⁴ llevaron a cabo un estudio en 26 pacientes que asistieron a una clínica universitaria francesa, donde evaluaron el impacto de las prótesis completas mediante la aplicación del índice GOHAI. Para la evaluación la muestra fue dividida en dos grupos y realizada en diferentes periodos de tiempo [línea de base, colocación de prótesis (grupo 1), 6 y 12 semanas (grupo 2) después de la colocación]. Se halló una puntuación media inicial del GOHAI de 45.8 ± 10.19 , seis semanas después de la colocación de la nueva prótesis no hubo diferencias en las puntuaciones y 12 semanas después los participantes manifestaron una mejora en la puntuación del GOHAI con 52.70 ± 7.30 . Se halló una relación estadística significativa entre la satisfacción con las nuevas prótesis totales y el cambio en las puntuaciones del GOHAI.

3.2. BASES TEÓRICAS

3.2.1. EDENTULISMO

El edentulismo viene a ser la ausencia o pérdida de las piezas dentarias, siendo su causa congénita o adquirida⁴¹, la cual se clasifica en edentulismo parcial y edentulismo total. Debido a la multifactorialidad que existe como desencadenante para la aparición de diversas enfermedades en la cavidad bucal, el progreso de la enfermedad puede ocasionar el inicio del curso de la pérdida de las piezas dentarias, por consiguiente, el aumento del índice de edentulismo en la población.⁴²

Las principales enfermedades que contribuyen a la aparición del edentulismo son la periodontitis crónica y la caries. Aunque en algunos estudios señalan a la caries dental como el principal motivo de la pérdida de las piezas dentarias en comparación con la enfermedad periodontal.⁴³ La prevalencia del edentulismo tanto en países desarrollados como aquellos en vías de desarrollo puede estar asociado a diversas causas entre ellas, la edad, el acceso a la atención en salud, factores socioeconómicos, mala higiene, estilos de vida, enfermedades sistémicas, etc.⁴⁴

La pérdida de piezas dentarias genera cambios a nivel de todos los componentes del sistema estomatognático, lo que provoca una alteración a nivel funcional como el habla y la masticación, esto último afecta el estado nutricional repercutiendo en la salud general y en la calidad de vida.³ La función masticatoria deficiente puede llevar a la persona a un cambio en su alimentación diaria, forzando a llevar una dieta predominantes en alimentos blandos y más sencillo de triturar, evitando alimentos que generen molestias e incomodidades al momento de la masticación, y todo ello conduce al individuo a una pobre ingesta de nutrientes necesarios para mantener un buen estado de salud general.⁴⁵

Los cambios por la pérdida de los dientes pueden ser más evidentes a nivel óseo y de las encías⁴⁶. Según algunos autores, existe cierta secuencia en la pérdida la cual varía según el arco dentario, se plantea que primero se pierden los dientes maxilares antes que los mandibulares; y dentro del mismo arco se pierden con mayor frecuencia primero las piezas dentarias posteriores antes que los anteriores.⁴⁷

La mayoría de las personas adultas no son conscientes del valor tan significativo de los dientes en la preservación de la salud oral, esto se puede observar por la frecuencia en la ausencia de piezas dentarias a la evaluación clínica. El edentulismo considerado como un problema irreversible es el estadio final de la enfermedad, el cual puede provocar un daño físico, mental, funcional y psicológico.⁴⁸

Antiguamente se creía que la pérdida de los dientes era parte del proceso natural del envejecimiento, esto debido a la reabsorción ósea; lo cual ha ido cambiando de acuerdo a investigaciones y estudios recientes los cuales han demostrado que mediante métodos preventivos se puede hacer frente a las enfermedades más prevalentes a nivel bucal y así mantener las piezas dentarias por un mayor tiempo.⁴⁹

3.2.2. CALIDAD DE VIDA Y EDENTULISMO

La OMS se ha referido al edentulismo como un resultado de una salud pública ineficiente que altera significativamente el estado de salud oral y general, afectando así la calidad de vida en la población.⁵⁰ Esta pérdida dentaria genera impacto en las personas ya que se ven obligadas a modificar la dieta alimentaria, trayendo como consecuencia la malnutrición y desnutrición, debido a la pobre selección de alimentos, deficiencia masticatoria y el dolor provocado por la presión en las zonas edéntulas. A pesar de la rehabilitación con prótesis convencionales estas no tienen la misma efectividad masticatoria que los dientes naturales.^{44, 76}

“El impacto estético que ocasiona la pérdida de dientes puede alcanzar un gran significado, en ocasiones más lesivo para el paciente que la propia pérdida de la función. La sociedad actual generalmente percibe la ausencia de dientes visibles, especialmente los anteriores como un estigma”⁴⁷.

Por este motivo, se ve afectado el estado psicosocial de las personas edéntulas, debido a que hoy en día la sociedad cataloga de manera negativa y muchas veces despectiva la ausencia de dientes, sobre todo en el sector anterior. Esto puede afectar a cualquier persona en cualquier etapa de su vida, siendo más prevalente en los adultos y adultos mayores.

En consecuencia, la pérdida de las piezas dentarias se convierte en un importante indicador de la salud. En diversos estudios llevados a cabo en Brasil y en otros países se evidencia la transcendencia de estudios epidemiológicos acerca del edentulismo, el efecto en la salud pública, en la calidad de vida, la asociación de diversos factores, acceso a servicios odontológicos, entre otros.⁵¹

En una revisión sistemática de varios estudios se confirman la estrecha relación entre el impacto de la calidad de vida y la salud oral, lo que evidencia la importancia de valorar a la salud bucodental dentro del componente de la salud general; los cambios que se perciben en la cavidad oral por la ausencia de piezas dentarias comprometen a la aparición de trastornos alimenticios, pérdida de contactos sociales, baja autoestima y dificultad en el habla, afectando negativamente la calidad de vida y esta a su vez a la salud oral.⁵²

3.2.3. CALIDAD DE VIDA

El uso del concepto Calidad de vida, puede situarse en los Estados Unidos después de la Segunda Guerra Mundial, se utilizó para conocer la percepción de la población

acerca de su economía y bienestar.⁷⁷ Es en los años sesenta, donde se inicia las primeras investigaciones recolectando información sobre diversos factores que afectan la calidad de vida como el estado socioeconómico, nivel educativo, tipo de vivienda, siendo muchas veces estos indicadores insuficientes pues abarca solo factores de índole económica.^{57, 78}

Es en el año de 1996 cuando la OMS durante el Foro Mundial de la Salud en Ginebra definió la calidad de vida como: “la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y sistema de valores en que vive y con respecto a sus objetivos, expectativas, estándares e intereses”.⁵⁴

Según Velásquez- Olmedo esta conceptualización resulta de un conjunto de componentes objetivos y subjetivos. Las características objetivas hacen alusión a la evaluación hecha por otra persona, como por ejemplo un clínico o un encuestador, mientras que las características subjetivas están dado por la autopercepción, la satisfacción del propio individuo y todo el constructo que tiene acerca de su calidad de vida.⁵⁵ Se refiere a la percepción en los diversos aspectos que influyen en nuestra vida, cómo el individuo percibe su existencia en un contexto determinado y el cual varía de individuo a individuo.

Todo ello abarca un concepto muy complejo influenciado por el estado de salud general del individuo, su estado psicosocial, sus relaciones sociales, su satisfacción, así como su relación con su propio entorno.⁵⁶ De esta manera la calidad de vida se arraiga en la sensación de bienestar constituida por las percepciones objetivas como subjetivas, siempre valoradas en conjunto y nunca aisladas.⁵⁷

La calidad de vida al considerarse un concepto multidimensional ha recibido múltiples definiciones, sin embargo, en muchas de estas los términos bienestar, satisfacción, salud, subjetivo, objetivo, autopercepción parecen ser comunes ante la diversificación

del concepto. Ante muchas definiciones, Urzúa y Caqueo-Úrizar⁵³ proponen un concepto de calidad de vida, el cual lo definen “como el nivel percibido de bienestar derivado de la evaluación que realiza cada persona de elementos objetivos y subjetivos en distintas dimensiones de su vida”, una concepción que resume y engloba en términos sencillos lo que denominamos calidad de vida.

Para Lawton^{58, 59}, la calidad de vida abarca todas las facetas de la vida, las cuales las diferencia en cuatro dominios principales:

- Competencia conductual: describe el límite superior de rendimiento relacionado a la salud, funcionalidad, intelectual, cognitivo y recursos sociales.
- Bienestar psicológico: Describe la evaluación subjetiva de experiencias internas, como los afectos, los estados de ánimo, puntos de vista.
- Calidad de vida percibida: Describe la evaluación cognitiva de acuerdo a la apreciación de diversos dominios de la vida, como juicios de satisfacción.
- Entorno objetivo: Describe la evaluación objetiva mediante indicadores, por ejemplo, la mortalidad infantil, desempleo, frecuencia de contactos sociales, etc.

3.2.4. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD ORAL

En las últimas décadas ha venido surgiendo el término CVRSO, el cual ya es considerado como parte integral para el completo bienestar del individuo. De acuerdo a Sischo surge la oportunidad de considerar a la salud oral como algo transcendental en los diversos aspectos de la vida social, como la autoestima, interacción social, rendimiento escolar y laboral vienen a ser aspectos que influyen en la valoración de la salud oral⁶⁰.

El concepto de CVRSO apareció a inicios de la década de los ochenta, mientras que la

calidad de vida relacionada a la salud tuvo su aparición a fines de la década de 1960. Una de las razones a la que se debe el retraso en el desarrollo de la CVRSO fue debido al criterio de los investigadores los cuales no consideraban el impacto que provoca las enfermedades bucales en la calidad de vida. Solo hasta hace más de 40 años, los investigadores se rehusaban a creer que las enfermedades bucales puedan repercutir en la salud general.⁶¹

En el año de 1992, Gift y Redford introdujeron el término calidad de vida relacionada a la salud oral para poder evaluar los impactos funcionales, sociales y psicológicos de las enfermedades orales.⁶²

Según Sischo, define la CVRSO como “una construcción multidimensional que incluye una evaluación subjetiva de la salud oral del individuo, el bienestar funcional, el bienestar emocional, las expectativas y la satisfacción con la atención y el sentido de sí mismo”,⁶⁰ como las enfermedades orales pueden afectar el bienestar personal y de manera general el de la sociedad.⁶³ Es así que la OMS ha reconocido como parte esencial del Programa Global de Salud Oral (2003) a la evaluación de la CVRSO.⁶⁰

Los investigadores comenzaron a indagar cómo es la interrelación de la salud oral con la CVRSO y comprender la interacción entre las variables objetivas como la valoración clínica y el aspecto subjetivo como lo es la autopercepción del sujeto en su experiencia de salud.⁶⁰ La evaluación subjetiva de CVRSO nos "refleja la comodidad al comer, dormir, la participación en la interacción social, el autoestima y su satisfacción con respecto a su salud oral", lo que hace que la persona manifieste sus sensaciones, su bienestar, preocupaciones y problemas.⁶⁴

En esta circunstancia se podría definir a la CVRSO, como la autopercepción del individuo acerca de su estado de salud oral en relación con su vida cotidiana, al socializar con los demás y de su satisfacción con su dentadura. De lado quedaron las

afirmaciones donde no consideraban a las enfermedades orales no tienen una repercusión en la calidad de vida de las personas, hoy en día queda de manifiesto que las afecciones a nivel de la cavidad oral afectan la función masticatoria, fonoarticular, la apariencia física, relaciones interpersonales e incluso con ello las oportunidades laborales, repercutiendo en general la salud general de la persona.^{55, 65}

La evaluación de la CVRSO resulta importante para identificar la problemática en el sector de la salud bucodental y generar políticas de salud que ayuden a mejorar los índices de calidad de vida, permite también llevar a cabo cambios en la atención médica-odontológica ayudando a definir objetivo y resultados más óptimos en el tratamiento, así mismo las investigaciones nos genera siempre información muy valiosa acerca del estado de salud de las personas.

3.2.5. ÍNDICES DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD ORAL

Debido a la subjetividad presente para valorar la CVRSO, al estar relacionada directamente con la propia personalidad, entorno social y la percepción del individuo, se recomienda el uso de diversos instrumentos para poder recoger el impacto que se presenta de manera mucho más objetiva y todo esto dentro de un enfoque metodológico.⁶⁶

Desde que Cohen y Jago defendieron por primera vez el desarrollo de indicadores sociodentales, varios investigadores han trabajado por desarrollar instrumentos que lo puedan medir, incorporando componentes dentales en cualquier índice para medir de manera global la salud general.⁶⁰

Es así como algunos de los componentes de CVRSO no pueden ser valorados con cierta objetividad, se han desarrollado diversos cuestionarios divididos en

dimensiones, representados en grupos de preguntas que valoran la autopercepción de cada persona, como herramientas adicionales a lo tradicional como evaluaciones físicas.⁶⁷

En los últimos decenios se han incrementado la elaboración de instrumentos que permiten valorar de una manera más objetiva y exacta. En la conferencia realizada en Chapel Hill en los Estados Unidos, en junio de 1996 evaluaron diversos instrumentos existentes para evaluar la calidad de vida relacionada a la salud oral y recomendar su uso en nuevas investigaciones sobre salud oral. Se analizaron 11 instrumentos, los cuales pueden ser desarrollados por el propio paciente o aplicados por un entrevistador.^{65, 68} Los más utilizados son:

Nombre del instrumento	Abreviación	Autores y Año
Social Impacts of Dental Disease		Cushing y cols., 1986
Geriatric Oral health Assessment Index	GOHAI	Atchison y Dolan, 1990
Dental Impact Profile		Strauss y Hunt, 1993
Oral Health Impact Profile	OHIP-49	Slade y Spencer, 1994
Subjective Oral Health Status Indicators		Locker y Miller, 1994
Dental Impact on Daily Living	DIDL	Leao y Sheiham, 1996
Oral Health-related Quality of Life	OHQOL	Kressin N y cols, 1996
Oral Impacts on Daily Performances	OIDP	Adulyanon Sheiham, 1997
Oral Health Impact Profile	OHIP-14	Slade, 1997
Oral Health Quality of Life UK	OH-QOL UK	McGrath y Bedi, 2000
Orthognatic Quality of Life Questionnaire(46)	OQLQ	Cunningham y cols, 2002

Fuente: Misrachi C, Espinoza I. Utilidad de las Mediciones de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud. Rev Dent Chile. 2005; 96(2):28-35.

Cada instrumento varía en el número de preguntas, así también el formato de

preguntas y respuestas. En los instrumentos *Oral Health Impact Profile* y en el *Dental Impact on Daily Living*, las dimensiones poseen distintos valores; mientras que en el GOHAI y en el *Subjective Oral Health Status Indicator*, las dimensiones tienen la misma valoración. Uno de los primeros indicadores sociodentales fue *Social Impact of Dental Disease*, publicado en 1986 por Cushing y cols, dicho instrumento relaciona el número de piezas con lesión cariosa y el impacto psicosocial asociado a problemas dentales como la limitación en la ingesta de ciertos alimentos e insatisfacción con la estética. Uno de los primeros instrumentos diseñados para evaluar la dimensión funcional de la salud oral fue el *Geriatric Oral Health Assessment Index* o GOHAI, descrito por Atchison y Dolan.⁶⁵

Las construcciones de los instrumentos como el OHIP y OIDP están basados en la interpretación que hace Locker sobre la Clasificación Internacional de las Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDDM) de la OMS, adaptado a la odontología, el cual está constituido por tres niveles de impacto según el nivel de afección al individuo. El primer nivel abarca sobre los problemas bucodentales; el segundo nivel están los impactos generados por el deterioro de la salud oral, como dolor, insatisfacción e incomodidad; y el tercer nivel está dado por el efecto que el individuo pueda tener en las actividades de tipo físico y psicosocial debido al deterioro de la salud bucodental.⁵⁵ Esta interpretación de Locker ayuda a establecer criterios a tener en cuenta para la creación de nuevos instrumentos.

Ahora los investigadores reconocen la importancia de la CVRSO, han comenzado y continúan generando nuevos instrumentos de medición. Según Slade⁶⁹, básicamente existen 3 categorías de medida de la CVRSO. Estos son indicadores sociales, autoevaluaciones globales de la CVRSO y cuestionarios de CVRSO de múltiples ítems.

Los indicadores sociales se usan para evaluar el efecto de las condiciones bucales a nivel comunitario. El uso de cuestionarios es llevado a cabo para poder expresar las enfermedades orales en la población por medios de los indicadores sociales; por ejemplo, la ausencia de escolares debido a problemas orales. Estos indicadores son significativos para reformas políticas pero cierta limitación para evaluar la CVRSO. Las autoevaluaciones globales de la CVRSO, también denominado como calificaciones de un solo ítem, hace referencia a una pregunta general a las personas sobre su salud oral. Las opciones de respuesta pueden estar dada de manera categórica o en forma de una escala visual analógica. Los cuestionarios de ítems múltiples es el método más usado para poder evaluar la CVRSO. Estos a su vez se pueden clasificar en instrumentos que evalúan de manera global la salud oral en comparación de instrumentos mucho más específicos. Este último por ejemplo podría medir dimensiones específicas de la salud oral.⁷⁰

3.2.6. Geriatric/General Oral Health Assessment Index (GOHAI)

Es uno de los instrumentos más utilizado para medir el estado de la salud oral, además de ser uno de los primeros en ser diseñados y elaborados para medir los problemas funcionales de la cavidad oral, el impacto psicosocial que es generado por las enfermedades orales y últimamente para evaluar la eficacia del tratamiento dental.²⁷

Fue desarrollado en el año de 1990 por las doctoras Kathryn A. Atchison, y Teresa A. Dolan de la Universidad de California y Florida, el cual fue diseñado siguiendo ciertos enfoques:

- La salud oral puede ser valorada mediante la apreciación del sujeto.
- La valoración de la salud oral cambia de persona a persona. Esto puede ser demostrado al realizar la evaluación y observar diferencia entre autopercepciones

- La autopercepción ha sido reconocida como evaluadora de la salud bucodental²⁰

La versión original del GOHAI estuvo compuesta inicialmente por 36 ítems el cual se llevó a cabo con una muestra de 87 adultos mayores, evaluaron las distribuciones de frecuencias, correlaciones entre ítems y la consistencia interna de la escala (alfa de Cronbach). Luego se eliminaron algunos ítems y el instrumento quedó conformado por 12 ítems el cual demostró un mejor índice de respuesta y mejoró la puntuación del alfa de Cronbach. El nuevo cuestionario fue aplicado en 1755 pacientes mayores de 65 años, los cuales recibían tratamiento por parte del gobierno.²⁰

En 1991, Dolan y col aplicaron el GOHAI en 280 adultos con una edad promedio de 39 años en Los Ángeles, se obtuvo una buena respuesta en esta población joven, por lo cual recomendaron cambiar el nombre del instrumento por *General Oral Health Assessment Index* debido a que el instrumento demostró ser confiable para ser aplicado y obtener un alfa de Cronbach de 0.83 en su uso.⁷¹

El GOHAI evalúa tres dimensiones⁷²:

- Función física, comprendida por diversos aspectos como comer, masticar, morder, hablar, y tragar; están incluidos los ítems 1,2, 3 y 4.
- Función psicosocial, que está relacionada con el estado de preocupación de la salud oral, insatisfacción con la estética, conocimiento de la salud y limitación o evasión de los contactos sociales por causa de problemas en la boca; esta dimensión lo conforman los ítems 6, 7,9, 10 y 11.
- Dolor o incomodidad asociados al estado bucodental, evaluados por los ítems 5, 8 y 12.⁷²

Para la puntuación los autores recomiendan utilizar la escala tipo Likert con seis categorías de respuesta con puntuación métrica en un 1 al 5: siempre (1),

frecuentemente (2), algunas veces (3), rara vez (4) y nunca (5).

La puntuación final es calculada de forma general a partir de la sumatoria de las respuestas de los 12 ítems, lo que genera una puntuación entre 12 -60 puntos. Donde el valor más alto indica una alta autopercepción de la salud oral.

3.3. Definición de términos

- **Rehabilitación Protésica:** Procedimiento clínico dirigido a restituir dientes ausentes mediante aparatología fija y/o removable.
- **Prótesis removibles:** Aparatología removable, los cuales pueden ser retirados de la boca a voluntad del propio paciente y en cualquier momento, sin necesidad de intervención del odontólogo.
- **Calidad de vida:** Percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y sistema de valores en que vive y con respecto a sus objetivos, expectativas, estándares e intereses.
- **Calidad de vida relacionada a la salud oral:** Autopercepción que posee el individuo respecto a su estado de salud oral en relación con su vida diaria como lo es al masticar, al hablar, al dormir, al relacionarse con otras personas, la autoestima.⁶⁴
- **Edentulismo:** Ausencia parcial o total de las piezas dentarias.
- **GOHAI:** Índice de evaluación de salud oral general.

3.4. Hipótesis

La calidad de vida percibida por los pacientes portadores de prótesis total y prótesis parcial removible atendidos en la clínica de la Facultad de Odontología es predominantemente moderada.

3.5. Operacionalización de variables

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSIÓN	INDICADORES	ESCALA	VALORES	INSTRUMENTO
Impacto de la Calidad de vida relacionada a la salud oral (CVRSO)	Autopercepción que tiene el individuo respecto a su estado de salud oral en relación con su vida diaria.	Función física	-Disminución o cambios de alimentos -Masticar adecuadamente -Traga adecuadamente -Hablar adecuadamente	Ordinal	1: Siempre 2: Frecuentemente 3: Algunas veces 4: Raras veces 5: Nunca	General Oral Health Assessment Index (GOHAI)
		Función Psicológica	-Evitar contacto con personas -Satisfacción con la apariencia de los dientes o dentadura. -Preocupación por su dentadura -Nerviosismo por su dentadura -Incomodidad al comer frente a personas.			
		Dolor o incomodidad	-Capacidad de comer sin molestias. -Utilizar medicamentos por dolor o molestias -Dolor o molestias en los dientes			

VARIABLES DE ESTUDIO				
VARIABLE	CONCEPTO	INDICADORES	ESCALA	VALORES
Percepción de la estabilidad y Retención de prótesis removible	Autopercepción del paciente acerca de la estabilidad y retención de su prótesis	-se mueve la prótesis -Usa adhesivo para prótesis dental	Nominal	Sí No
Tipo de prótesis removible	Dispositivo diseñado para reemplazar los dientes perdidos	Tipo de prótesis removible referida por el paciente	Nominal	-Prótesis parcial superior -Prótesis parcial inferior -Prótesis total superior -Prótesis total inferior
Sexo	Características biológicas, físicas, fisiológicas y anatómicas que definen a los seres humanos como hombre y mujer.	Referencia del paciente	Nominal	-Hombre -Mujer
Edad	Tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de la persona	Años cumplidos a la fecha referido por el paciente	Razón	
Tiempo de portador de la prótesis	Tiempo que el paciente es portador de la prótesis removible	Años o meses de uso de la prótesis removible referido por el paciente luego de ser rehabilitado en la clínica de pregrado	Razón	
Uso de adhesivo dental	Material que se coloca entre la prótesis y los tejidos bucales	-Utiliza algún tipo de adhesivo dental	Nominal	Si No

IV. METODOLOGÍA

4.1. Tipo de investigación

La presente investigación corresponde a un estudio:

- Observacional: No hay control de la variable de estudio. El paciente mide y analiza la variable.
- Transversal: Debido a que se realizó el estudio en un determinado tiempo o momento.
- Retrospectivo: De acuerdo a la ocurrencia del hecho, ya que se evaluó la variable del impacto de la calidad de vida presente al inicio del estudio
- Descriptivo: Porque se describió y caracterizó el impacto de la rehabilitación protésica en la calidad de vida del paciente.

4.2. Población y muestra

4.2.1. Población

Pacientes que acudieron a la clínica de pregrado de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos para un tratamiento rehabilitador con prótesis removibles la cual estuvo conformada por 189 pacientes del año 2016, 162 pacientes del año 2017 y 144 pacientes del año 2018.

4.2.2. Muestra

Para el presente estudio se utilizó un cálculo del tamaño muestral para estudios descriptivos según la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N Z^2 pq}{d^2 (N - 1) + Z^2 pq}$$

Donde:

n = tamaño de la muestra.

N = tamaño de la población.

Z = Nivel de confianza.

p = proporción aproximada del fenómeno en estudio en la población de referencia.

q = proporción de la población de referencia que no presenta el fenómeno en estudio (1 -p).

d = nivel de precisión absoluta. Referido a la amplitud del intervalo de confianza deseado en la determinación del valor promedio de la variable en estudio.

Por lo tanto:

$$n = \frac{495 \times (1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5}{(0.05)^2 (495 - 1) + 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}$$
$$n = 217$$

Según la fórmula planteada, la muestra del presente estudio estará conformada por 217 pacientes de la clínica de pregrado de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos que acudieron para un tratamiento rehabilitador con prótesis removible atendidos en los años 2016, 2017 y 2018.

4.2.3. Tipo de muestreo

Este estudio seleccionó la muestra de manera aleatoria, que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión establecido.

Criterios de inclusión

- Pacientes que acudieron a la clínica de pregrado de odontología de la UNMSM y concluyeron su tratamiento rehabilitador con prótesis removibles.

- Pacientes edéntulos totales portadores de prótesis (prótesis total unitarias o bimaxilares)
- Pacientes edéntulos parciales portadores de prótesis (prótesis parciales removible unitarias o bimaxilares)
- Los pacientes que autoricen de manera verbal el consentimiento libre e informado antes de responder la encuesta anónima y confidencial.

Criterios de exclusión

- Pacientes que no consignaron su número telefónico en las historias clínicas.
- Pacientes que no terminaron su tratamiento odontológico en la clínica de pregrado de odontología de la UNMSM.
- Paciente que no usan la prótesis total o parcial
- Paciente que aun reuniendo los criterios de inclusión se nieguen a participar.
- Pacientes con algún tipo de discapacidad mental.
- Pacientes que no sean capaces de responder con coherencia el cuestionario que será aplicado.

4.3. Procedimiento y técnica

El presente estudio utilizó como marco muestral a los pacientes que acudieron a la clínica de pregrado de Odontología de la UNMSM para una rehabilitación con prótesis removible. Para la composición de la muestra se revisaron manualmente las historias clínicas, de donde se tuvo acceso a los números telefónicos de los pacientes rehabilitados con prótesis removibles dados de alta entre los años 2016, 2017 y 2018.

Luego se procedió a realizar las llamadas telefónicas a los pacientes para invitarlos a participar de una entrevista mediante vía telefónica, se explicó el objetivo del estudio y posterior a ello se consultó su participación. Los pacientes que accedieron a la

entrevista autorizaron su participación mediante un consentimiento informado de manera verbal.

Para la recolección de datos se aplicó un cuestionario estructurado para evaluar el impacto del tratamiento rehabilitador en la calidad de vida de los pacientes, seleccionados por criterios de inclusión y exclusión. El cuestionario constó de tres partes:

- Primera parte: Datos generales del paciente, edad, sexo, el año de atención, si utiliza la prótesis, tipo de prótesis removible que utiliza y el tiempo de portador de prótesis removibles. Solo en los pacientes que no utilizaron la prótesis se preguntó el motivo y se procedió a concluir la entrevista.
- Segunda parte: El cuestionario Índice de evaluación de la Salud Oral General (GOHAI)

El instrumento para la recolección de datos que se utilizó fue el GOHAI¹⁸, la versión validada por España.⁷²

El instrumento consta de 12 ítems que evalúa tres dimensiones:

1. La función física, incluyendo la limitación de los alimentos, comer, habla, masticar y tragar.
2. la función psicosocial, incluyendo la preocupación por la salud oral, insatisfacción con la apariencia, la autopercepción sobre la salud bucal, y evitar el contacto social debido a problemas orales.
3. Dolor o incomodidad, incluyendo el uso de medicamentos para aliviar el dolor o las molestias de la boca.⁷³

Se utilizó una escala de Likert con cinco categorías de elección por cada pregunta que van de 1 al 5.

- Siempre (S): 1 punto
- Frecuentemente (F): 2 puntos

- A veces (AV): 3 puntos
- Rara vez (RV): 4 puntos
- Nunca (N): 5 puntos

Los ítems 3 y 7 tuvieron una valoración inversa al resto de ítems:

- Siempre (S): 5 punto
- Frecuentemente (F): 4 puntos
- A veces (AV): 3 puntos
- Rara vez (RV): 2 puntos
- Nunca (N): 1 puntos

Seguidamente se calculó la sumatoria de las respuestas para cada paciente, obteniéndose un rango entre 12 y 60 puntos. Un mayor puntaje indica una mejor autopercepción de la CVRSO del individuo.

Donde:

El puntaje de 60 a 57 se considera alto y corresponde a una CVRSO satisfactoria

El puntaje de 51 a 56 se considera como moderada

El puntaje de 50 o menos se considera un puntaje bajo, lo que refleja una pobre CVRSO^{20,72}.

- Tercera parte: Se recabó información sobre la percepción de los pacientes sobre la retención y estabilidad de la prótesis.

Finalizada la entrevista, se enumeraron las fichas para registrar los datos en el programa estadístico.

4.4. Procesamiento de datos

La información se registró en una ficha de recolección de datos (ANEXO 01), la cual constó de tres partes, las fichas fueron numeradas, luego de ello se pasaron los datos a una tabla matriz. Posteriormente se utilizó el programa SPSS 25.0 para el análisis respectivo.

Al usarse un instrumento validado se calculó el análisis de confiabilidad alfa de Cronbach previo a la aplicación del instrumento.

En función de los resultados obtenidos mostró un índice de correlación por el alfa de Cronbach igual a 0.86 (anexo 02), lo cual demuestra que el instrumento tiene alta confiabilidad por lo tanto el instrumento se puede aplicar.

4.5. Análisis de resultados

Para el análisis se vaciaron los datos en el paquete estadístico SPSS versión 25.0 para Windows. Se utilizaron tablas de frecuencias y porcentajes para el análisis de las variables cualitativas y para el análisis de las variables cuantitativas se representaron mediante la media, desviación estándar, mediana, valor mínimo y máximo.

Para determinar la distribución normal de los datos se realizaron las pruebas de Kolmogorov-Smirnov. Se utilizaron las pruebas estadísticas no paramétricas de U de Mann Whitney y H de Kruskal-Wallis para variables cualitativas, y la prueba de correlación de Spearman para variables cuantitativas con el objetivo de comprobar la relación de las variables estudiadas con el impacto de la calidad de vida relacionada a la salud oral.

En todos los casos se aceptó un nivel de significación $p < 0,05$ para la refutación de la hipótesis nula.

4.6. Consideraciones éticas

La investigación no obligó la participación de ningún paciente; cada uno expreso libremente su participación en el estudio mediante un consentimiento informado (ANEXO 03). El estudio no difundirá nombres ni reportes individuales. Los datos que se analizaron se presentaron tal cual la manifestación de los entrevistados sin faltar a la verdad. En el presente estudio la imparcialidad frente a la persona se realizó de manifiesto en el hecho de no diferenciar a nadie por razones de discrepancias de opinión de criterio. El proyecto de investigación respetó las normas éticas establecidas por el Comité Institucional de Ética del Instituto de Medicina Tropical de la facultad de Medicina Tropical de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (ANEXO 04). Así mismo se respetaron las autorías de fuentes utilizadas en el trabajo de investigación, aplicando las normas de Vancouver.

V. RESULTADOS

La muestra de estudio estuvo conformada por 217 pacientes que asistieron a la clínica de pregrado de la Facultad de Odontología de la UNMSM para un tratamiento rehabilitador con prótesis removibles, entre los años 2016, 2017 y 2018.

Tabla 1. Edad de los participantes

Edad	N	Media	D.E	Mediana	Mínimo	Máximo
	217	66,34	11,457	67,00	33	92

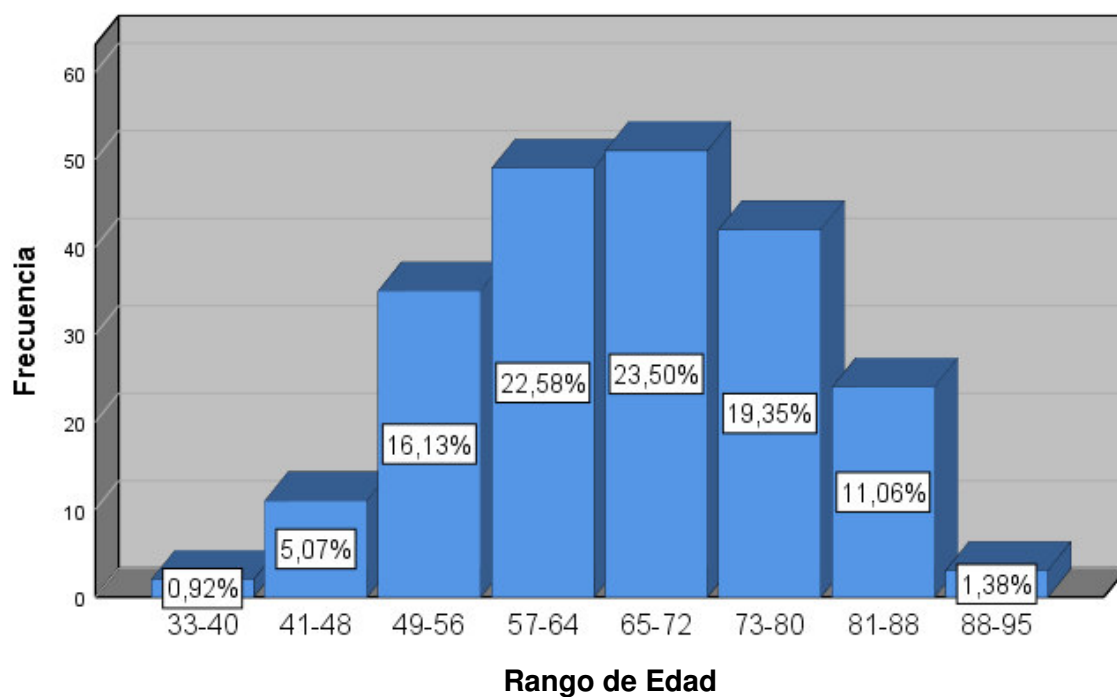


Gráfico 1. Distribución de la muestra según edad

Según el rango de edad la mayor parte de la muestra, 51 pacientes (23.5%) se encuentra entre los 65-72 años, seguido del grupo de edad comprendido entre 57-64 años por 49 (22.6%) pacientes; la menor parte de la muestra se encontró entre los 88-95 años conformado por 3 (1.4%) pacientes y por último 2 (0.9%) pacientes entre los 33-40 años.

La edad media de los pacientes fue 66.34 años ($DE \pm 11.457$), con un valor mínimo de 33 años y máximo de 92 años.

Tabla 2. Distribución de la muestra según sexo

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	154	71,0
Masculino	63	29,0
Total	217	100,0

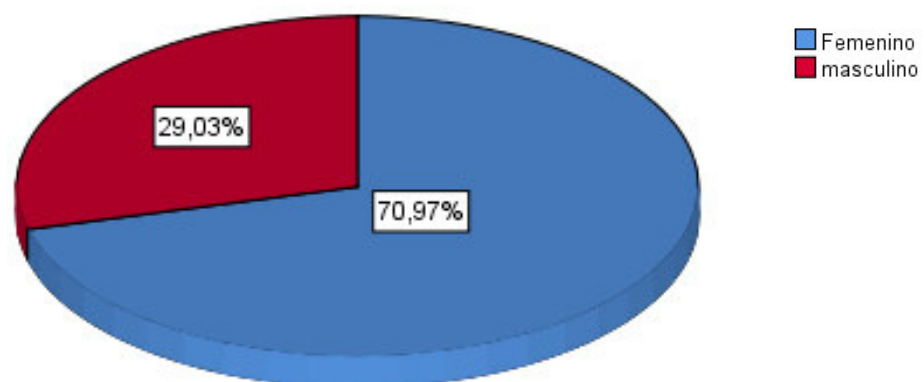


Gráfico 2. Distribución de la muestra según sexo

Con respecto a la distribución de la muestra según el sexo, 154 pacientes pertenecieron al sexo femenino (71%) y 63 pacientes al sexo masculino (29%)

Tabla3. Distribución de la muestra según año de atención

Año de atención	Frecuencia	Porcentaje
2016	95	43,8
2017	39	18,0
2018	83	38,2
Total	217	100,0

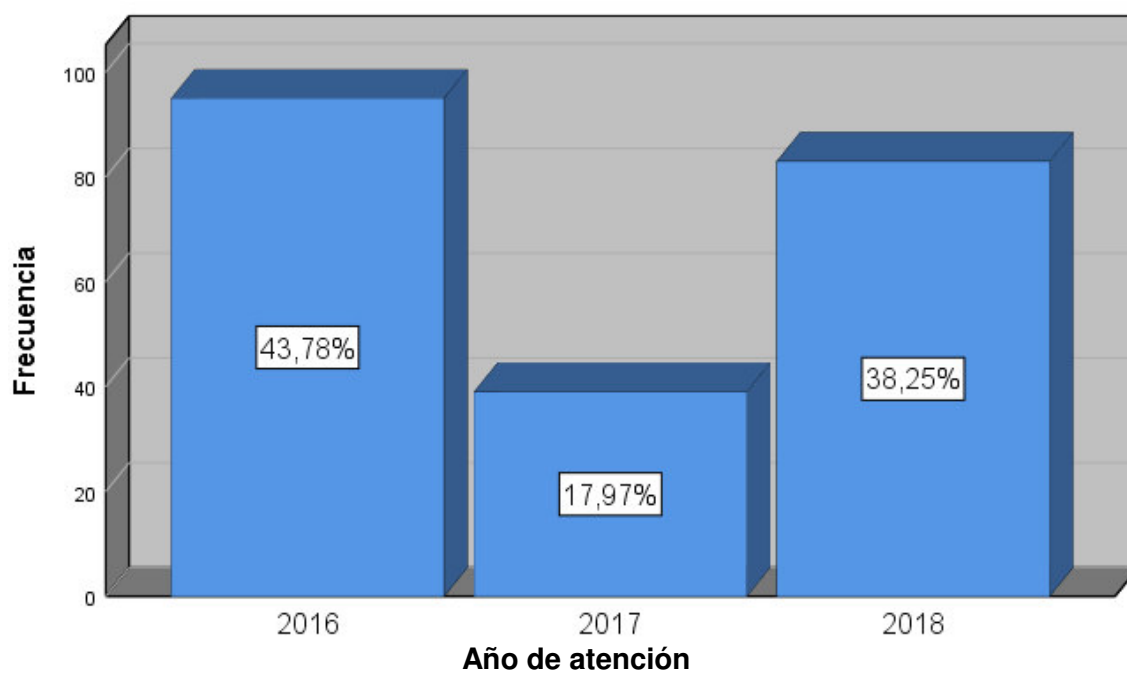


Gráfico 3. Distribución de la muestra según año de atención

De acuerdo con la distribución de la muestra según el año de atención, se evaluó a 95 (43.78%) pacientes atendidos en el año 2016, 39 (17.97%) pacientes atendidos en el 2017 y 83 (38.25%) pacientes atendidos en el 2018.

Tabla 4. Distribución de pacientes según tipo de prótesis removable

	Tipo de prótesis							
	Prótesis parcial		Prótesis total		No presenta		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Superior	95	43.8	101	46.5	21	9.7	217	100
Inferior	122	56.2	64	29.5	31	14.3	217	100

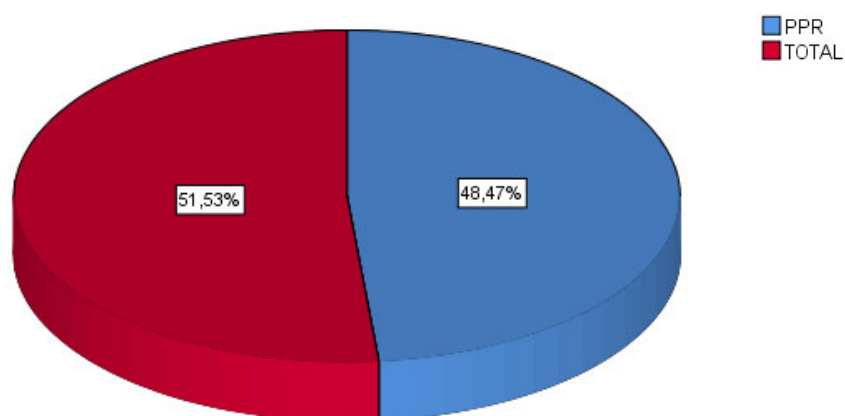


Gráfico 4. Distribución de pacientes según tipo de prótesis removable superior

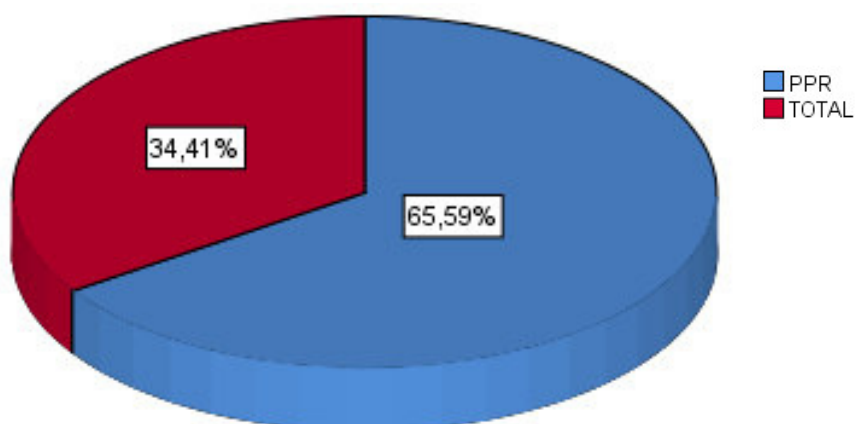


Gráfico 5. Distribución de pacientes según tipo de prótesis removable inferior

En relación al tipo de prótesis removible superior, la muestra estuvo conformada por 95 (48.47%) pacientes portadores de prótesis parcial removible y 101 (51.53%) pacientes portadores de prótesis total.

En relación al tipo de prótesis removible inferior, la muestra estuvo conformada por 122 (65.59%) pacientes portadores de prótesis parcial removible y 64 (34.4%) pacientes portadores de prótesis total.

Tabla 5. Tiempo de portador en años de prótesis removible

Tiempo de portador	N	Media	DE	Mediana	Mínimo	Máximo
	217	12,38	12,391	10,00	0	60

El tiempo promedio de portador de prótesis removible de los pacientes fue de 12.38 años ($DE \pm 12.391$), con un valor mínimo de 0 años, este grupo estuvo conformado por aquellos con un tiempo menor a un año siendo portadores de prótesis removibles; y un valor máximo de 60 años.

Tabla 6. Tiempo en meses de portador de la prótesis removible evaluada en el estudio

Tiempo de portador	N	Media	Mediana	DE	Mínimo	Máximo
	217	13,82	13,00	10,223	0	28

El tiempo promedio de portador de prótesis removible confeccionada en la clínica de pregrado de la Facultad de Odontología de la UNMSM en los pacientes fue de 13.82 meses ($DE \pm 10.223$), con un valor mínimo de 0 meses, este grupo estuvo conformado por aquellos con un tiempo menor a un mes siendo portadores de prótesis removibles; y un valor máximo de 28 meses.

Tabla 7. Distribución de pacientes según autopercepción de estabilidad y retención de la prótesis removible

Movimiento de prótesis	Frecuencia	Porcentaje
SI	68	31,3
NO	149	68,7
Total	217	100,0

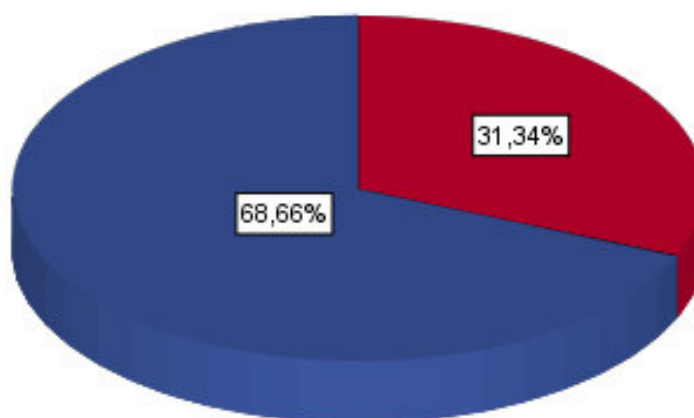


Gráfico 6. Distribución de pacientes según autopercepción de estabilidad y retención de la prótesis removible

Se observó que, del total de pacientes encuestados, 68 (31.3%) de ellos manifestaron movilidad en sus prótesis removibles y los 149 (68.7%) restantes no manifestaron movilidad en su prótesis removible.

Tabla 8. Descripción del tipo de prótesis removible afectada por la estabilidad y retención

Maxilar	Tipo de prótesis					
	Prótesis parcial		Prótesis total		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Superior	18	41.9	25	58.1	43	100
Inferior	13	33.3	26	66.7	39	100

Se observó en la muestra, que el tipo de prótesis removible superior más afectada por la estabilidad y retención fue la prótesis total en 25 (58.1%) pacientes, seguido de la prótesis parcial presente en 18 (41.9%) pacientes.

En el maxilar inferior, el tipo de prótesis removible inferior más afectada por la estabilidad y retención fue la prótesis total en 26 (66.7%) pacientes seguido de la prótesis parcial, presente en 13 (33.3%) pacientes.

Tabla 9. Distribución de los pacientes según el uso de adhesivo dental para prótesis removibles

Adhesivo	Frecuencia	Porcentaje
SI	12	5,5
NO	205	94,5
Total	217	100,0

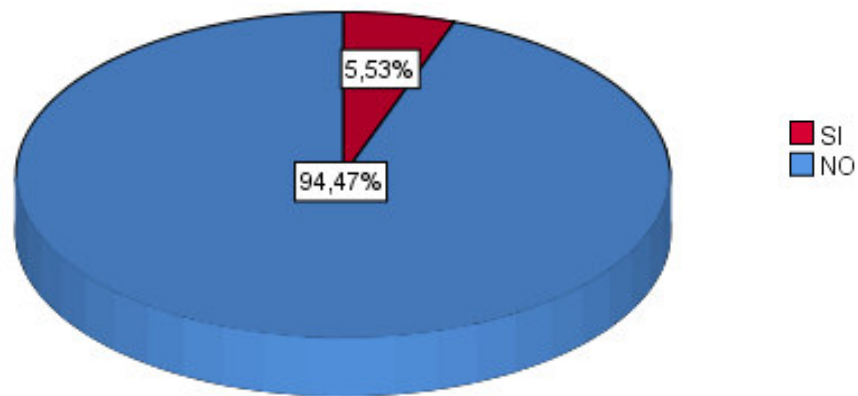


Gráfico 7. Distribución de los pacientes según el uso de adhesivo dental para prótesis removibles

Según la variable uso de adhesivo dental, se observó que la mayoría de los pacientes no utilizan dicho adhesivo, siendo 205 (94.5%) pacientes de la muestra evaluada y sólo 12 (5.5%) pacientes afirmaron utilizar el adhesivo dental para mejorar la estabilidad y retención en sus prótesis.

Tabla 10. Distribución de los pacientes según el impacto de la rehabilitación protésica en la calidad de vida relacionada a la salud oral utilizando el índice

GOHAI

GOHAI	Frecuencia	Porcentaje
Alto	90	41,5
Moderado	67	30,9
Bajo	60	27,6
Total	217	100,0

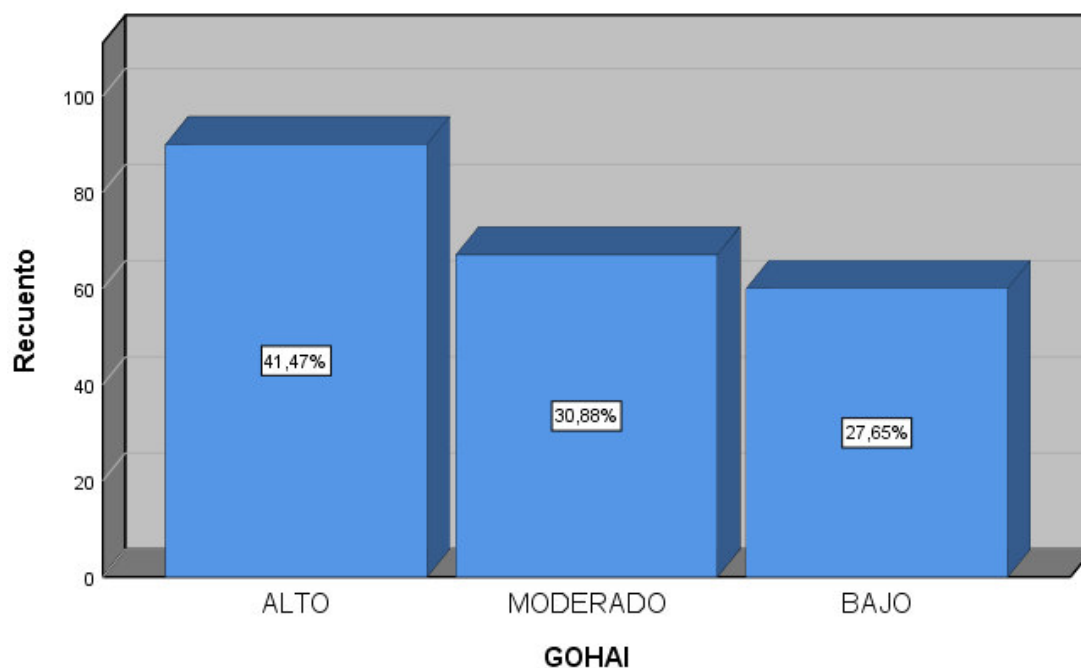


Gráfico 8. Distribución de los pacientes según el impacto de la rehabilitación protésica en la calidad de vida relacionada a la salud oral utilizando el índice GOHAI

Tabla 11. Puntuación del índice GOHAI en pacientes portadores de prótesis removibles atendidos en la clínica de pregrado de la Facultad de Odontología de la UNMSM

GOHAI	N	Media	DE	Mediana	Mínimo	Máximo
	217	52,44	8,153	55,00	24	60

Para poder evaluar el impacto de la calidad de vida relacionada a la salud oral se utilizó el Índice de Evaluación de Salud Oral General (GOHAI). Según el índice GOHAI, en la mayoría de los pacientes se observó un nivel alto de la calidad de vida relacionada a la salud oral, siendo un total de 90 (41.5%) pacientes de la muestra, 67 (30.9%) una moderada autopercepción y los 60 (27.6) pacientes restantes una baja autopercepción de la CVRSO.

El puntaje promedio del índice GOHAI fue 52.44 (DE±8.153), con un valor mínimo de 24 y máximo de 60, lo cual indica una moderada calidad de vida relacionada a la salud oral en los pacientes rehabilitados con prótesis removible. Cuanto más alto sea el puntaje del índice indica una mayor CVRSO.

Tabla 12. Función física de la calidad de vida relacionada a la salud oral en pacientes portadores de prótesis removible utilizando el índice GOHAI

ITEMS	Siempre	Frecuentemente	A Veces	Rara Vez	Nunca
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Disminución o cambio de alimentos	8 (3.7)	9 (4.1)	32 (14.7)	34 (15.7)	134 (61.8)
No masticar adecuadamente	24 (11)	17 (7.8)	45 (20.7)	28 (12.9)	103 (47.5)
Tragar adecuadamente	136 (62.7)	36 (16.6)	28 (12.9)	13 (6)	4 (1.8)
No Hablar adecuadamente	8 (3.7)	4 (1.8)	23 (10.6)	37 (17.1)	145 (66.8)

En relación a la función física, el 66.8% (145) manifestó no tener problemas para hablar con la prótesis, 62.7% (136) manifestó tragar bien los alimentos, así también el 61.8% (134) expresó que no varió su alimentación debido al uso de la prótesis y un 47.5% (103) expresó no tener problemas para masticar comida como carne y manzanas.

Tabla 13. Función psicosocial de la calidad de vida relacionada a la salud oral en pacientes portadores de prótesis removible utilizando el índice GOHAI

ITEMS	Siempre	Frecuentemente	A Veces	Rara Vez	Nunca
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Evitar contacto con personas	3 (1.4)	6 (2.8)	21 (9.7)	15 (6.9)	172 (79.3)
Satisfacción con la dentadura	151 (69.6)	22 (10.1)	15 (6.9)	18 (8.3)	11 (5.1)
Preocupación por su dentadura	8 (3.7)	7 (3.2)	39 (18)	26 (12)	137 (63.1)
Nerviosismo por su dentadura	3 (1.4)	5 (2.3)	12 (5.5)	19 (8.8)	178 (82)
Incomodidad al comer frente a personas	8 (3.7)	12 (5.5)	25 (11.5)	35 (16.1)	137 (63.1)

Con respecto a la función psicosocial, el 82% (178) manifestó no sentirse nervioso por problemas en sus dientes o prótesis, 79.3% (172) mencionó no tener problemas para salir o hablar con la gente, 69.6% (151) expresó sentirse contento de cómo se ven sus dientes o prótesis y un 63.1 % (137) manifestó no sentirse preocupado y comer a gusto delante de otras personas utilizando la prótesis removible.

Tabla 14. Dolor o incomodidad en la calidad de vida relacionada a la salud oral de los pacientes portadores de prótesis removibles utilizando el índice GOHAI

ITEMS	Siempre	Frecuentemente	A Veces	Rara Vez	Nunca
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Capacidad de comer con molestias	7 (3.2)	17 (7.8)	32 (14.7)	61 (28.1)	100 (46.1)
Utilizar medicamentos por dolor o molestias	0 (0)	3 (1.4)	4 (1.8)	9 (4.1)	201 (92.6)
Dolor o molestias en los dientes	4 (1.8)	7 (3.2)	16 (7.4)	26 (12)	164 (75.6)

En relación con el dolor o incomodidad por el uso de la prótesis removible, el 92.6% (201) manifestó no utilizar medicamentos para aliviar el dolor molestias en la boca, 75.6% (164) manifestó no tener molestias o dolor en sus dientes y un 46.1% (100) expresó no tener molestias al comer.

Tabla 15. Dimensiones del índice de evaluación de la salud oral general- GOHAI

	Función física	Función psicosocial	Dolor o incomodidad
Media	16,79	22,16	13,50
Mediana	18,00	24,00	14,00
Desv. Desviación	3,580	3,969	1,659
Mínimo	5	9	6
Máximo	20	25	15

En relación a los valores promedios de las dimensiones del índice de evaluación de la salud oral general se observó que el dolor o incomodidad obtuvo un puntaje promedio más cercano al valor máximo asignado para dicha dimensión, seguido de la dimensión psicosocial; mientras que la función física obtuvo un valor promedio más lejano a la puntuación máxima establecida para su dimensión.

Tabla 16. Distribución del impacto de la calidad de vida relacionada a la salud oral utilizando en índice GOHAI con relación al sexo

Sexo	N	Media	DE	Mediana	Mínimo	Máximo
Femenino	154	52,97	7,863	56,00	27	60
masculino	63	51,13	8,748	55,00	24	60
Total	217	52,44	8,153	55,00	24	60

U de Mann Whitney: valor $z = -1.596$ $p = 0,110$

Al evaluar la relación entre el sexo y el impacto de la calidad de vida relacionada a la salud oral, se observó en el sexo femenino un mayor promedio del índice GOHAI en comparación con los participantes del sexo masculino. Al relacionar el sexo con el índice GOHAI, mediante la prueba U de Mann Whitney no muestra ninguna relación estadísticamente significativa ($p= 0.110$)

Tabla 17. Impacto de la calidad de vida relacionada a la salud oral utilizando en índice GOHAI con relación a la edad

	Media	Mediana	DE	Mínimo	Máximo
Edad	66,34	67,00	11,457	33	92
GOHAI	52,44	55,00	8,153	24	60
Coeficiente de correlación: -0.080 Sig.: 0.241					

Según la prueba de correlación de Spearman entre el índice GOHAI y la edad, no se obtuvo una relación estadísticamente significativa ($p = 0.241$) entre ambas variables.

Tabla 18. Impacto de la calidad de vida relacionada a la salud oral utilizando en índice GOHAI con relación al tipo de prótesis removible

TIPO DE						
PROTESIS	N	Media	DE	Mediana	Mínimo	Máximo
PPR	107	53,82	7,025	56,00	27	60
TOTAL	64	51,45	8,871	54,00	27	60
PPR-TOTAL	46	50,59	9,120	52,50	24	60
Total	217	52,44	8,153	55,00	24	60
$p=0.069$; H de Kruskal-Wallis=5.335						

En la tabla se observan los valores promedios del índice GOHAI según el tipo de prótesis que presentan los pacientes, el mejor promedio del índice GOHAI fue hallado en los pacientes portadores de prótesis parciales removibles, dentro de este grupo se consideró a los pacientes de prótesis parcial removible unitarias y bimaxilares; seguido de los pacientes portadores de prótesis total pudiendo ser prótesis unitarias o bimaxilares y por último los pacientes portadores de prótesis removible combinada.

Al relacionar el índice GOHAI con el tipo de prótesis removible utilizando la prueba H de Kruskal- Wallis, no se encontró una relación estadísticamente significativa ($p = 0.069$) entre ambas variables.

Tabla 19. Impacto de la calidad de vida relacionada a la salud oral utilizando en índice GOHAI con relación al tiempo de portador de la prótesis removible en años

	Media	Mediana	DE	Mínimo	Máximo
GOHAI	52,44	55,00	8,153	24	60
Tiempo de portador	12,38	10,00	12,391	0	60
Coeficiente de Correlación -0.005; Sig. 0.943					

Al relacionar el índice GOHAI y el tiempo de portador de prótesis removible, no se encontró una relación estadísticamente significativa al realizar la prueba de correlación de Spearman ($p = 0.943$).

Tabla 20. Distribución del impacto de la calidad de vida relacionada a la salud oral utilizando en índice GOHAI con relación al tiempo de portador en meses de la prótesis removible evaluada en el estudio

	Media	Mediana	DE	Mínimo	Máximo
GOHAI	52,44	55,00	8,153	24	60
Tiempo de portador	13,82	13,00	10,223	0	28
Coeficiente de Correlación 0.081; Sig. 0.237					

Al relacionar el índice GOHAI y el tiempo de portador de la prótesis removible confeccionada en la clínica de pregrado de la Facultad de Odontología de la UNMSM, no se encontró una relación estadísticamente significativa al realizar la prueba de correlación de Spearman ($p= 0.237$).

Tabla 21. Distribución del impacto de la calidad de vida relacionada a la salud oral utilizando el índice GOHAI con relación a la percepción de estabilidad y retención de la prótesis removible

Movimiento de la		Desv.				
prótesis	N	Media	Desviación	Mediana	Mínimo	Máximo
SI	68	46,50	9,486	49,00	24	60
NO	149	55,15	5,717	57,00	34	60
Total	217	52,44	8,153	55,00	24	60

U de Mann Whitney: valor $z= -6.923$; $p<0.000$

Según la relación entre el impacto de la calidad de vida relacionada a la salud oral con la autopercepción de la estabilidad y retención de la prótesis removible, los pacientes

que manifestaron movilidad en sus prótesis removibles presentaron un promedio más bajo del índice GOHAI lo cual refleja una baja CVRSO, por otro lado los pacientes que no manifestaron movilidad en sus prótesis removibles obtuvieron puntajes más altos del índice GOHAI lo que refleja una mejor CVRSO.

Se encontró una relación estadísticamente significativa al realizar la prueba de U de Mann Whitney entre el índice GOHAI y la autopercepción de la estabilidad y retención de la prótesis removable ($p < 0.00$).

VI. DISCUSIÓN

Hoy en día el realizar una evaluación clínica ha quedado insuficiente para la evaluación integral del paciente. Es importante considerar diversos aspectos que puedan afectar la salud oral para mejorar el manejo clínico, por ello la evaluación de la calidad de vida relacionado a la salud oral resulta ser significativa para la obtención de la percepción del paciente acerca de su salud oral y que factores son influyentes al generar dicha valoración.

La odontología ha ido creando diversos instrumentos y escalas que buscan evaluar la CVRSO.⁷⁴ El índice GOHAI es un instrumento que permite valorar el estado de salud oral, tratamientos odontológicos y detectar necesidades de atención en la población.

Los estudios que evalúan la calidad de vida después de la instalación de la prótesis removible son limitados. Por ello, el propósito del presente estudio fue evaluar el impacto de la rehabilitación protésica en la calidad de vida relacionado a la salud oral en pacientes portadores de prótesis removible que acudieron a la clínica de pregrado de la facultad de Odontología de la UNMSM.

Según los resultados obtenidos se muestra una moderada calidad de vida relacionada a la salud oral después de la inserción de las prótesis removibles, de acuerdo a la puntuación promedio del índice GOHAI. El estudio presenta ciertas limitaciones por el cual se mantiene cierto cuidado al interpretar los resultados, uno de ellos es el diseño del estudio transversal lo cual no nos permite realizar inferencias en los posibles cambios en la CVRSO, antes y después del tratamiento. En diversos estudios longitudinales se aprecia cambios significativos entre el antes y después de la rehabilitación, pero estos cambios en la puntuación del GOHAI no siempre guarda relación con un cambio en la categoría del índice GOHAI. Los hallazgos obtenidos por estudios longitudinales como el de Ilhan *et al*³³ informaron una moderada de la calidad

de vida relacionada a la salud oral después de la rehabilitación dental, así también Shigli y Kebbal²⁰ en el estudio que realizaron informaron mejorías después de la colocación de prótesis completas al aplicar el GOHAI. Los puntajes obtenidos por Veryrune *et al*²⁴, Osman y col²⁶ demostraron moderada CVRSO observando una satisfacción de los pacientes con las nuevas prótesis.

Estos resultados pueden ser atribuidos a la realización del estudio en pacientes atendidos en una clínica odontológica universitaria, dónde los procedimientos para realización de las prótesis removibles son supervisados por docentes llevando un mejor control en los trabajos y donde se esperan que estos sean de la mejor satisfacción para el paciente.

En otros estudios se observó que el GOHAI no alcanzó la puntuación que permita ser catalogada como alta o moderada la calidad de vida relacionada a la salud oral de los participantes (Kaushik *et al*²⁵, Pistorius *et al*³⁷, Yen *et al*³⁴, AlBaker *et al*³⁹). Los resultados podrían deberse a que dichos estudios fueron realizados en clínicas dentales y hospitales donde no existe supervisión en la realización de las prótesis. En el estudio transversal realizado por Yen *et al*³⁴, la muestra estuvo conformada por adultos mayores reclutados por el Servicio de Personas de la Tercera Edad del Gobierno de la Ciudad de Kaohsiung, donde no se obtuvo información sobre el lugar de realización de las prótesis, estas pudieron ser realizadas en clínicas universitarias, clínicas particulares u hospitales; lo cual podría atribuirse como factor diferencial con el resultado de nuestro estudio, a pesar de ello no podemos generalizar los resultados obtenidos por tener una supervisión docente en el momento de la rehabilitación, ya que AlBaker *et al*³⁹ encontró una baja calidad de vida relacionada a la salud oral en pacientes que fueron atendidos en una clínica universitaria. La función física tuvo menor puntuación en relación a las demás dimensiones del índice GOHAI al igual que lo encontrado por Yen *et al*³⁴, manifestando la falta en la recuperación de la función

física para acercarse a una mejor valoración de la CVRSO, sabiendo que uno de los motivos principales para solicitar atención en los servicios odontológicos es la recuperación de la función. La dimensión psicosocial tuvo un impacto positivo entre los participantes, lo cual pone en manifiesto que el uso de prótesis removible trae consigo mejoras en la vida social, emocional y afectiva. El dolor o incomodidad por el uso de las prótesis removibles fue el menos manifestado por los participantes, esto podría deberse a una experiencia previa lo cual genera en el paciente una mejor adaptación hacia las prótesis removibles.

Puntuaciones promedio del GOHAI en portadores de prótesis parciales fueron mayores en comparación con los portadores de prótesis totales, a pesar de ello los hallazgos del estudio no demostraron una relación estadísticamente significativa con relación entre el tipo de prótesis y la calidad de vida, resultado similares fueron observados por Bonnet *et al*⁸² donde al comparar el impacto de la rehabilitación con diferentes tipos de prótesis encontró puntuaciones más altas del GOHAI en los portadores de prótesis parcial bimaxilares y puntuaciones más baja en los portadores de prótesis total bimaxilares; del mismo modo Yen *et al*⁸⁴ al evaluar la asociación entre las prótesis dentales y la CVRSO obtuvo que el tipo de prótesis removible tuvo una influencia estadísticamente significativa en la CVRSO, donde las prótesis parciales bimaxilares obtuvieron una mejor puntuación y una puntuación menor en los portadores de prótesis total unitaria. De acuerdo con otros estudios, Rodríguez *et al*⁸⁹ encontraron diferencias significativas entre los pacientes rehabilitados con prótesis parcial completa, mientras que pacientes con prótesis parcial unitaria presentaron menor puntaje al GOHAI. AlBaker *et al*⁸⁹ demostró que la puntuación promedio de GOHAI fue menor entre los individuos que tenían prótesis totales en ambas arcadas en comparación en aquellos que tenían prótesis total en un solo arco, del mismo modo Pistorius *et al*⁸⁷ al observar el tipo de rehabilitación encontró diferencias entre portadores de prótesis parcial y prótesis total, siendo este último quien obtuvo una

menor calificación. Estos resultados probablemente se deban a la cantidad de piezas dentarias, pues a una menor cantidad las posibilidades de tratamiento disminuyen³⁴ y un tratamiento rehabilitador con prótesis total no generara la misma estabilidad y retención que una prótesis parcial, si bien no se encontró una diferencia significativa entre las puntuaciones esto pueda deberse a la variación en la cantidad de individuos evaluados según el tipo de prótesis, también pueda tener relación con la experiencia previa con prótesis removibles y muy pocos usarían por primera vez una prótesis total que por lo general la adaptación suele ser más difícil.

La CVRSO no se vio afectada por el sexo y edad de los pacientes, los resultados no significativos del GOHAI son similares a los observados en estudios anteriores^{25, 32, 33, 34, 37}. Las mujeres presentaron un mejor impacto en la CVRSO en comparación con los participantes masculinos, resultados similares fueron encontrados por Ilhan *et al*³³ y Dable *et al*³⁸. Estos hallazgos probablemente se deban a la mayor preocupación de las mujeres ante la pérdida de los dientes, al realizar tratamientos que devuelvan las estructuras dentarias perciben una mejora global de su calidad de vida relacionada a la salud oral. Diferentes resultados fueron hallados por Kaushki *et al*²⁵, Yen *et al*³⁴, Pistorius *et al*³⁷ donde los participantes masculinos manifestaron mejores puntuaciones que las mujeres. Según varios estudios el índice GOHAI tiende a disminuir con el aumento de edad^{25, 33, 39,38}, esto debido a la calidad del reborde residual, número de piezas dentarias, desplazamientos de aspectos estéticos por aspectos funcionales en las personas mayores. Los resultados del presente estudio no evidenciaron una relación con la edad, probablemente debido a la condición de salud oral de la población.

Por otro lado, no se observó una relación estadísticamente significativa entre el tiempo de portador de prótesis removable y el impacto de la calidad de vida relacionada a la salud oral. Estos hallazgos podrían hacer referencia que la calidad, comodidad y

adaptación de las prótesis removibles suele ser relativo en el tiempo y no necesariamente relacionar un mayor tiempo de portador con una mejor percepción de la CVRSO. Según Rodríguez^{28, 29} de acuerdo a una revisión bibliográfica, la autopercepción puede variar de acuerdo a la experiencia anterior de uso de prótesis removibles, una investigación que llevó a cabo encontró una significación estadística a favor de los que tenían experiencia previa. Veyrume²⁴ y Kaushki²⁵ observaron una mejora en la calidad a 12 meses posinsercción de las prótesis removibles en comparación a los 6 meses de la instalación, estos resultados hacen hincapié a la importancia en el seguimiento a los pacientes durante el periodo de adaptación, el cual resulta ser variable en cada caso.^{24,70}

Los pacientes que manifestaron movilidad en las prótesis removibles obtuvieron menor puntuación del índice GOHAI. La movilidad de las prótesis fue hallada mediante la autopercepción del paciente, siendo esto una limitación al tener un grado de subjetividad al no ser evaluada clínicamente. Los resultados evidenciaron una relación estadísticamente significativa, lo cual guarda relación con lo hallado por Yen et al.³⁴ donde una mala autopercepción de una prótesis suelta e inestable se relaciona con una baja CVRSO. Si la rehabilitación con prótesis removable logra satisfacer las expectativas referidas a la estabilidad y retención, la autopercepción de la calidad de vida relacionada a la salud oral tendrá un impacto positivo.

Este estudio permitió evaluar la calidad de vida de los pacientes referentes a su salud oral después de la rehabilitación protésica realizado en una clínica universitaria por estudiantes de pregrado de odontología, dónde por fines académicos los trabajos son realizados bajo supervisión docente y un control más estricto en su elaboración que conlleva a trabajos que se espera sean de buena calidad, por lo cual la capacidad de generalización puede darse a poblaciones con contextos similares. Se encontró que la percepción de la estabilidad y retención de las prótesis removibles fue un factor

influyente al valorar la calidad de vida relacionada a la salud oral, por ende, debería de ser considerado al valorar el impacto de la rehabilitación protésica.

El índice GOHAI resultó ser un instrumento confiable para la evaluación de la calidad de vida relacionada a la salud oral y en la satisfacción del tratamiento.

VII. CONCLUSIONES

- La puntuación promedio del índice de evaluación de la salud oral general o GOHAI en los participantes indicó una moderada autopercepción de la calidad de vida relacionado a la salud oral.
- De acuerdo a las dimensiones del índice GOHAI, se obtuvo una mejor puntuación al valorar el dolor o incomodidad, seguido por la función psicosocial y función física.
- No se encontró una relación estadísticamente significativa entre el índice GOHAI y el tipo de prótesis removible, sexo, edad y tiempo de portador. Dichas variables no fueron factores determinantes en el impacto de la CVRSO.
- Se determinó una relación estadísticamente significativa entre el índice GOHAI y la autopercepción de la estabilidad y retención de las prótesis removibles.

VIII. RECOMENDACIONES

- Se recomienda hacer un estudio longitudinal para evaluar y comparar la CVRSO antes y después de la rehabilitación protésica, así mismo se verá reflejada la satisfacción de los pacientes ante la atención odontológica brindada.
- Se recomienda realizar una evaluación clínica de la estabilidad y retención de las prótesis removibles para obtener resultados más objetivos, así mismo poder evaluar otras características de las prótesis que pudiesen ser relevantes.
- Se sugiere realizar más estudios de este tipo usando otros índices que evalúen la CVRSO y comparar los resultados sobre la relación con las diferentes variables que se analicen.
- Se recomienda realizar este tipo de estudio insertando más variables como calidad y material de las prótesis removibles, nivel de escolaridad, experiencia anterior de prótesis, presencia de controles protésicos, relación con el operador, número de piezas dentarias, etc.
- Se recomienda incorporar el índice GOHAI en la evaluación integral del paciente para obtener una referencia de la salud bucal de cada paciente y tenerlo en cuenta en la planificación del tratamiento.
- Se sugiere llevar a cabo controles posteriores en los pacientes portadores de prótesis removible, ya que en muchos de ellos persisten molestias e incomodidades que podrían ser subsanadas en controles posteriores y así mejorar la percepción de la calidad de vida en los pacientes.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Suiza: Organización Mundial de la Salud [citado el 03 jun. de 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>
2. López JV. Prevalencia de edentulismo parcial según la Clasificación de Kennedy en el Servicio de Rehabilitación Oral del Centro Médico Naval "Cirujano Mayor Santiago Távara" [Tesis], [Perú]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2009.
3. Lee J, Weyant R, Corby P, et al. Edentulism and nutritional status in a biracial sample of wellfunctioning, community-dwelling elderly: the health, aging, and body composition study. *Am J Clin Nutr.* 2004; 79(2):295-302.
4. Esquivel R, Jimenez J. The effect of the use of dental prostheses on perceptions of oral health. *Revista ADM.* 2012; 69(2):69-75.
5. Perú, Ministerio de Salud. Prevalencia nacional de caries dental, fluorosis del esmalte y urgencia de tratamiento en escolares de 6 a 8, 10,12 y 15 años. Lima. Perú: Oficina General de Epidemiología, Ministerio de Salud; 2005.
6. Awad MA, Feine JS. Measuring patient satisfaction with mandibular prostheses. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2008; 26: 400-405.
7. Cunningham SJ, Hunt NP. Quality of life and its importance in orthodontics. *J Orthod.* 2001; 28: 152-158.
8. Furuyama C, Takaba M, Inukai M, Mulligan R, et al. Oral health- related quality of life in patients treated by implant- supported fixed dentures and removable partial dentures. *Clin Oral Implant Res.* 2012; 23: 958-962.
9. Bedi R, Gulati N, Mc grath C. A study of satisfaction with dental services among adults in the United Kingdom. *Br Dent J.* 2005; 198: 433-437.

10. Hassan AH, Amin HE, Association of orthodontics treatment needs and oral health-related quality of life in young adults. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2001; 137: 42-47.
11. Celebic A, Knezovic-Zlaticaric D. A comparison of patient's satisfaction between complete and partial removable denture wearers. *J Dent.* 2003; 31:445–451.
12. Gilberth GH, Duncan RP, Heft MW, Vogel WbB. Oral disadvantage among dentate adults. *Commun Dentistry Oral Epidemiol.* 1997; 25(4): 301-13.
13. Worthington H, Holloway P, Clarkson J, Davis R. Predicting which adult patients will need treatment over the next year. *Commun Dentistry Oral Epidemiol.* 1997; 25(4):273-7.
14. Montes C, Juárez T, Cárdenas A, Rabay C, et al. Behavior of the Geriatric/General Oral Health Assessment Index (GOHAI) and Oral Impacts on Daily Performances (OIDP) in a senior adult population in Mexico City. *Rev Odont Mex.* 2014; 18(2): 111-119.
15. Slade GD, Spencer AJ. Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile. *Community Dent Health.* 1994; 11: 3–11.
16. Allen F, Locker D. A modified short version of the oral health impact profile for assessing health-related quality of life in edentulous adults. *Int J Prosthodont.* 2002; 15: 446-450.
17. Adulyanon S, Vourapukjaru J, Sheiham A. Oral impacts affecting daily performance in a low dental disease Thai population. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1996; 24: 385–389.
18. Atchison KA, Dolan TA. Development of the Geriatric Oral Health Assessment Index. *J Dent Educ.* 1990; 54: 680–687.
19. Locker D, Matear D, Stephens M, Lawrence H, Payne B. Comparison of the GOHAI and OHIP-14 as measures of the oral health-related quality of life of the elderly. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2001; 29(5): 373-8.

20. Shigli KA, Hebbal M. Assessment of changes in oral health-related quality of life among patients with complete denture before and 1 month post-insertion using Geriatric Oral Health Assessment Index. *Gerodontology*. 2010; 27: 167–173.
21. Atchison KA. The general oral health assessment index. In: Slade GD ed. *Measuring oral health and quality of life*. Chapel Hill: University of North Carolina, Dental Ecology. 1997: 72–80.
22. Trulsson U, Engstrand P, Berggren U, Nnnmark U, Branemark PI. Edentulousness and oral rehabilitation: experiences from the patients' perspective. *Eur J Oral Sci*. 2002; 110: 417–424.
23. Nitschke I, Müller F. The impact of oral health on the quality of life in elderly. *Oral Health Prev Dent*. 2004; 2(1): 271–275.
24. Veyrune JL, Tubert-Jeannin S, Dutheil C, Riordan PJ. Impact of new prostheses on the oral health related quality of life of edentulous patients. *Gerodontology* 2005; 22: 3–9.
25. Kaushik K, Dhawan P, Tandan P, Jain M. Oral Health-related Quality of Life among Patients after Complete Denture Rehabilitation: A 12-month Follow-up Study. *Int J Appl Basic Med Res*. 2018; 8(3): 169–173.
26. Osman SM, Khalifa N, Alhajj MN. Validation and comparison of the Arabic versions of GOHAI and OHIP-14 in patients with and without denture experience. *BMC Oral Health*. [Internet]. 2018 [citado 21 enero 2019]; 18:157. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12903-018-0620-5>
27. Degrandi V, Betancourt M, Fabruccini A, Fuentes F. Evaluación del impacto en la calidad de vida de pacientes adultos rehabilitados con nuevas prótesis removibles totales. *Odontoestomatología* [Internet]. 2017 [citado 18 Agosto 2018]; 19(29): 64-75. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.22592/ode2017n29p64>
28. Rodríguez FM, Arpajón PY, Herrera LIB. Autopercepción de salud bucal en adultos mayores portadores de prótesis estomatológica. *Rev haban cienc méd*. 2016; 15 (1): 51-63

29. Rodríguez FM, Arpajón PY, Herrera LIB, Díaz MJ, Jiménez QZ. Autopercepción de salud bucal en adultos mayores portadores de prótesis parcial removible acrílica. *Rev Cubana Estomatol.* 2016; 53(4): 210-221.
30. González AM. Nivel de satisfacción del uso de prótesis totales bimaxilares en adultos mayores del Hospital Dr. Humberto Molina de Zaruma entre abril del 2015 y enero del año 2016. [Tesis], [Guayaquil]: Universidad de Guayaquil; 2016, 117 p.
31. Reinoso MC. Efectos psicológicos del edentulismo total y parcial y su nivel de satisfacción ante la rehabilitación protésica en pacientes atendidos en la clínica odontológica de la Universidad de las Américas durante el periodo septiembre 2015- febrero 2016. [Tesis], [Quito]: Universidad de Las Américas; 2016, 80 p.
32. Bonnet G, Batisse C, Segyo JW, Veyrone JL, Nicolas E, Bessadet M. Influence of the renewal of removable dentures on oral health related quality of life. *Springerplus* [Internet]. 2016 [citado 23 Agosto de 2018]; 5 (1): 2019. Disponible en: <https://springerplus.springeropen.com/articles/10.1186/s40064-016-3699-7>
33. İlhan B, Çal E, Dündar N, Güneri P, Dağhan Ş. Oral health-related quality of life among institutionalized patients after dental rehabilitation. *Geriatr Gerontol Int.* 2015; 15 (10): 1151–1157.
34. Yen Y-Y, Lee H-E, Wu Y-M, et al. Impact of removable dentures on oral health-related quality of life among elderly adults in Taiwan. *BMC Oral Health.* 2015;15 (1)
35. Cruz Y, Rodríguez MJ, Penso MK, Candela AJ, Gamboa EM. Calidad de vida en pacientes sometidos a tratamientos de rehabilitación oral en la Universidad Santo Tomás en Bucaramanga. *Rev. Ustasalud.* 2014; 13 (1): 49-54.
36. Montero J, Castillo-Oyagüe R, Lynch CD, Albaladejo A, Castaño A. Self-perceived changes in oral health-related quality of life after receiving different types of conventional prosthetic treatments: A cohort follow-up study. *J Dent.* 2013; 41 (6): 493-503.

37. Pistorius J, Cuerno JG, Pistorius A, Kraft J. Oral health-related quality of life in patients with removable dentures. *Schweiz Monatsschr Zahnmed.* 2013; 123(11):964-971
38. Dable RA, Nazirkar GS, Singh SB, Wasnik PB. Assessment of Oral Health Related Quality of Life Among Completely Edentulous Patients in Western India by Using GOHAI. *J Clin Diagn Res.* 2013; 7(9):2063-7.
39. AlBaker AM. The oral health-related quality of life in edentulous patients treated with Conventional complete dentures. *Gerodontology.* 2013; 30(1):61-66
40. Díaz CS, Arrieta VK, Ramos MK. Impacto de la Salud Oral en la Calidad de Vida de Adultos Mayores. *Rev Clin Med Fam.* 2012; 5(1): 9-16.
41. Tanta SI. Edentulismo parcial o total, y la calidad de vida en pacientes adultos mayores del Departamento de Geriátrica del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, año 2016. [Tesis], [Lima]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2016, 67 p.
42. Díaz P. Factores asociados al edentulismo en pacientes diagnosticados en la Clínica de la Facultad de Odontología UNMSM. [Tesis], [Lima]: Facultad de Odontología, Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2009
43. Muller F, Naharro M, Carlsson GE. Cuál es la prevalencia y la incidencia de pérdidas dentarias en adultos europeos. *Clin Oral Impl Res.* 2007; 18(3):214
44. Felton DA. Edentulism and Comorbid Factors. *J Prosthodont.* 2009;18:88-96
45. Perú, Ministerio de Salud. Guía de Prácticas Clínicas Estomatológicas. Lima. Perú: Editorial Talleres gráficos SINCO; 2005.
46. Serra I, Serra S, Serra A. Anatomía bucodental. España: Edicions Universitat Barcelona; 2016.
47. Carr AB, McGivney GP, Brown DT. Mccracken Prótesis parcial removable. Undécima edición. España: Elsevier; 2006.
48. Gutierrez V, León M, Castillo A. Edentulismo y necesidad de tratamiento Protésico en adultos de ámbito urbano marginal. *Rev Estomatol Herediana.* 2015 Jul-Set; 25(3):179-86.

49. Shamrany MA. Is depression associated with edentulism in Canadian adults? [dissertation], [Toronto]: Universidad de Toronto; 2008, 113 p.
50. Gutenbrunner C, Ward AB, Chamberlain MA. White Book on Physical and Rehabilitation Medicine in Europe. *Eura Medicophys*. 2006; 42(4): 292–332.
51. Medeiros J, Rodrigues L. et al. Edentulismo, Uso e Necessidade de Prótese e Fatores Associados em Município do Nordeste Brasileiro. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*. 2012; 12(4):573-78.
52. Cunha M, Santos E. et al. Oral Health, Literacy and Quality of Life in the Elderly – Systematic Literature Review. *Revista de Enfermagem Referência*. 2014; 4 (1): 121-129.
53. Urzúa A, Caqueo-Urizar A. Calidad de vida: una revisión teórica del concepto. *Terapia psicológica*. 2012; 30(1): 61-71.
54. Grupo WHOQOL. Evaluación de la Calidad de Vida. 1994. ¿Por qué Calidad de Vida?, Grupo WHOQOL. En: *Foro Mundial de la Salud*. Ginebra: OMS; 1996.
55. Velázquez LB, Ortiz LB, Cervantes A, Cárdenas Á, García C, Sánchez S. Calidad de vida relacionada con la salud oral en adultos mayores. *Instrumentos de evaluación. Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. [Internet]. 2014 [citado 29 Agosto de 2018]; 52(4):448-456. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457745483020>
56. Kretschmann D, Torres A, Sierra M, Pozo J, Quiroga R, y Quiroga R. Rendimiento masticatorio y nivel de satisfacción de pacientes tratados con prótesis totales en la Universidad Mayor. *Rev Clin Periodoncia Implantol Rehabil Oral*. 2015;8(1):17-23
57. Velarde-Jurado E, Ávila-Figueroa C. Evaluación de la calidad de vida. *Salud Pública Mex*. 2002; 44:349-61.
58. Lawton, M. P. (1991). A multidimensional view of quality of life in frail elders. In J. E. Birren, J. E. Lubben, J. C. Rowe, & D. E. Deutchman (Eds.), *The concept and measurement of quality of life in the frail elderly* (pp. 3–27). San Diego: Academic Press.

59. Lawton, M. P. (2001). Quality of life and the end of life. En J. E. Birren y K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of aging* (5ª Ed.) (pp. 593-616). N. York: Academic Press
60. Sischo L, Broder HL. Oral health-related quality of life: What, why, how, and future implications. *J Dent Res.* 2011; 90(11):1264-1270.
61. Bennadi D, Reddy CVK. Oral health related quality of life. *J Int Soc Prev Community Dent.* [Internet]. 2013 [citado 3 Septiembre 2018]; 3(1):1–6. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3894098/>.
62. Gift H, Redford M. Oral health and the quality of life. *Clinics in Geriatric Medicine.* 1992; 8(3): 673-683.
63. Preciado A, Del Rio J, Suárez GM, Montero J, Lynch CD, Castillo-Oyagüe R. Differences in impact of patient and prosthetic characteristics on oral health-related quality of life among implant-retained overdenture wearers. *J Dent.* 2012; 40 (10):857–65.
64. DHHS (2000). Oral health in America: a report of the Surgeon General. US Department of Health and Human Services and National Institute of Dental and Craniofacial Research. Rockville, MD: National Institutes of Health.
65. Misrachi C, Espinoza I. Utilidad de las Mediciones de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud. *Rev Dent Chile.* 2005; 96(2):28-35.
66. De la Fuente-Hernández J, Sumano-Moreno O, Sifuentes-Valenzuela MC, Zelouatecatl-Aguilar A. Impacto de la salud bucal en la calidad de vida de adultos mayores demandantes de atención dental. *Univ Odontol* 2010; 29 (63): 83-92.
67. Cabrera A. La utilización de indicadores sociales en la medición del impacto en las enfermedades bucales [tesis]. México: Facultad de Odontología, UNAM; 1999.
68. Slade GD, Strauss RP, Atchison KA, Kressin NR, Locker D, Reisine ST. Conference summary: assessing oral health outcome-measuring health status and quality of life. *Community Dent Health.* 1998. 15 (1): 3-7.

69. Slade GD. Oral health-related quality of life: Assessment of oral health-related quality of life. In: Inglehart MR, Bagramian RA, eds. Oral health-related quality of life. Illinois, Quintessence Publishing Co. Inc., 2002
70. Shamrany MA. Oral health-related quality of life: A broader perspective. East Mediter Health J 2006; 12(6):894-901.
71. Dolan TA, Crum P, Atchison KA, Raube K, Steiner A, Beck JC. Perceived oral health and utilization in an aged (75+) population. J Dental Res.1990; 69:266-72.
72. Pinzon-Pulido SA, Gil-Montoya JA. Validación del Índice de Valoración en Salud Oral en Geriatría en una población Geriátrica Institucionalizada de Granada. Rev Esp Geriatr y Gerontol. 1999; 34(5):273-82.
73. Dolan TA. The sensitivity of the Geriatric Oral Health Assessment Index to dental care. J Dent Educ.1997; 61: 37–46.
74. Jain R, Dupare R, Chitguppi R, Basavaraj P. Assessment of validity and reliability of Hindi version of geriatric oral health assessment index (GOHAI) in Indian population. Indian J Public Health 2015; 59:272-8.
75. Diehl RL, Foerster U, Sposetti VJ, Dolan TA. Factors associated with successful denture therapy. J Prosthodont. 1996; 5: 84–90.
76. Petersen PE, Bourgeois D, Ogawa H, Estupinan-Day S, Ndiaye C. The global burden of oral diseases and risks to oral health. Bull World Health Org. 2005; 83:661-9.
77. Meeberg GA. Quality of life: a concept analysis. J Adv Nurs.1993; 18(1):32-8.
78. Bognar, G. The concept of quality of life. Social and Practice, 2005; 31, 561-580.

X. ANEXOS

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS



Nº de ficha

Determinar el impacto de la rehabilitación protésica en la calidad de vida relacionada a la salud oral de los pacientes portadores de prótesis total y prótesis parcial removible atendidos en la clínica de Pregrado de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM) después del tratamiento rehabilitador.

- Nombre del paciente:
- Edad: - Sexo:
- Año de atención:
- Tiempo de portador de prótesis (especificar año y/o meses):
- Tiempo de portador de la última prótesis (especificar año y/o meses):
- Actualmente usa su prótesis removible: SI NO
- Tipo de prótesis:

A continuación le haremos 12 preguntas relacionadas a su calidad de vida:

General Oral Health Assessment Index o GOHAI

	S	F	AV	RV	N
1. ¿Cuántas veces ha tenido que comer menos o cambiar de comida por culpa de sus dientes o de su dentadura?	1	2	3	4	5
2. ¿Cuántas veces ha tenido problemas al masticar comidas como la carne o las manzanas?	1	2	3	4	5
3. ¿Cuántas veces ha tragado usted bien?	1	2	3	4	5
4. ¿Cuántas veces no ha podido usted hablar bien por culpa de sus dientes o dentadura?	1	2	3	4	5
5. ¿Cuántas veces no ha podido comer las cosas que usted quería sin tener ninguna molestia?	1	2	3	4	5
6. ¿Cuántas veces no ha querido salir a la calle o hablar con la gente por culpa de sus dientes o dentadura?	1	2	3	4	5
7. ¿Cuándo usted se mira al espejo, cuántas veces ha estado contento de cómo se ven sus dientes o su dentadura?	1	2	3	4	5
8. ¿Cuántas veces ha tenido que utilizar algún medicamento para aliviar el dolor de sus dientes o las molestias en su boca?	1	2	3	4	5
9. ¿Cuántas veces ha estado preocupado o se ha dado cuenta de que sus dientes o su dentadura no están bien?	1	2	3	4	5
10. ¿Cuántas veces se ha puesto nervioso por los problemas de sus dientes o de su dentadura?	1	2	3	4	5
11. ¿Cuántas veces no ha comido a gusto delante de otras personas por culpa de sus dientes o dentadura?	1	2	3	4	5
12. ¿Cuántas veces ha tenido molestias o dolor en sus dientes por el frío, el calor o las cosas dulces?	1	2	3	4	5

S= siempre (1); F= frecuentemente (2); AV= algunas veces (3); RV= rara vez (4); N= nunca (5). Los ítems 3 y 7 tienen una valoración inversa al resto de los ítems (siempre= 5; frecuentemente= 4; algunas veces= 3; rara vez= 2; nunca= 1), conversión que se realiza al momento del análisis. La puntuación mínima total son 12 puntos (un punto por cada uno de los ítems) y la máxima son 60 puntos (cinco puntos por cada ítem).

Para finalizar la entrevista le haremos unas preguntas finales:

¿Se le mueve la prótesis? SI NO

¿Cuál de ellas (especificar)?.....

¿Ha tenido que utilizar algún tipo de adhesivo? SI No

ANEXO 02

Estadísticas de fiabilidad		
Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados		
Alfa de Cronbach		N de elementos
,860	,850	12

ANEXO 03

Consentimiento para participar en un estudio de investigación

Institución : Universidad Nacional Mayor de San Marcos - UNMSM
Investigador : VALENCIA AGUIRRE, YAMILA LILIANA
Título : “Impacto de la rehabilitación protésica en la calidad de vida de los pacientes portadores de prótesis removibles atendidos en la clínica de Pregrado de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos”

Propósito del Estudio:

Lo estamos invitando a participar en un estudio llamado: “Impacto de la rehabilitación protésica en la calidad de vida de los pacientes portadores de prótesis removibles atendidos en la clínica de Pregrado de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos”. Estamos realizando este estudio para determinar la autopercepción de la calidad de vida en los pacientes de la Clínica de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos después de someterse a un tratamiento rehabilitador con prótesis removibles.

Procedimientos:

Si usted acepta participar en este estudio se llenará una ficha de recolección de datos que durará aproximadamente 10 minutos, la ficha consiste en determina la calidad de vida en los pacientes portadores de prótesis removible atendidos en la clínica de Pregrado de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Riesgos:

No se prevén riesgos por participar en este estudio. No se realizarán más exámenes o pruebas accesorias.

Beneficios:

Usted se beneficiará pues se le informará de manera personal y confidencial los resultados que se obtengan de la ficha realizada.

Costos e incentivos

Usted no deberá pagar nada por participar en el estudio. Los costos de la investigación son cubiertos por el investigador del estudio y no le ocasionarán gasto alguno. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole, únicamente la satisfacción de colaborar en el desarrollo de la odontología peruana a través de este trabajo de investigación.

Confidencialidad:

Le podemos garantizar que la información que obtengamos es absolutamente confidencial, ninguna persona, excepto la investigadora Yamila L. Valencia Aguirre manejará la información obtenida. Su nombre no será revelado en ninguna publicación ni presentación de resultados.

Derechos del encuestado:

Usted puede hacer todas las preguntas que desee antes de decidir si desea participar o no, mi persona las responderá gustosamente. Cualquier duda respecto a esta investigación, puede consultar con la investigadora Yamila L. Valencia Aguirre al

teléfono 986961358.

CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo qué cosas me van a pasar si participo en el proyecto.

Participante
Nombre:
DNI:

Fecha

Investigador
Nombre:
DNI:

Fecha



Comité Institucional de Ética en Investigación IMT "DAC" UNMSM

Constancia de Aprobación CIEI-2018-025

El Comité Institucional de Ética en Investigación del Instituto de Medicina Tropical "Daniel Alcides Carrión" de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos aprobó el 20 de noviembre de 2018 la investigación "Impacto de la rehabilitación protésica en la calidad de vida de pacientes portadores de prótesis total y prótesis parcial removible atendidos en la Clínica de Pregrado de la Facultad de Odontología-UNMSM", a cargo de la investigadora principal Yamila Liliana Valencia Aguirre, en los siguientes términos:

- Modalidad de revisión: revisión expedita.
- La presente aprobación del CIEI – IMT "DAC" UNMSM es por un año, del 20 de noviembre de 2018 al 19 de noviembre de 2019.
- El protocolo de investigación sellado por el CIEI – IMT "DAC" se encuentra adjunto a la presente constancia de aprobación. Una versión electrónica ha sido enviada también al correo de la investigadora principal: yamilaliliana.valencia@gmail.com

Lima, 20 de noviembre de 2018

Sofía González Collantes
Presidenta



ANEXO 05

PRUEBAS DE NORMALIDAD

	Tipo de prótesis	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
GOHAI	PPR	,190	107	,000	,811	107	,000
	TOTAL	,207	64	,000	,847	64	,000
	PPR-TOTAL	,170	46	,002	,878	46	,000

a. Corrección de significación de Lilliefors

	Sexo	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
GOHAI	Femenino	,186	154	,000	,824	154	,000
	masculino	,200	63	,000	,857	63	,000

a. Corrección de significación de Lilliefors

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
GOHAI	,177	217	,000	,836	217	,000
Edad	,055	217	,200*	,987	217	,048

*. Esto es un límite inferior de la significación verdadera.

a. Corrección de significación de Lilliefors

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
GOHAI	,177	217	,000	,836	217	,000
Tiempo de portador	,184	217	,000	,862	217	,000

a. Corrección de significación de Lilliefors

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
GOHAI	,177	217	,000	,836	217	,000
Tiempo de portador*	,264	217	,000	,819	217	,000

a. Corrección de significación de Lilliefors

* Tiempo de portador de la prótesis removible realizada en la clínica de la Facultad de Odontología

		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
GOHAI	SI	,136	68	,003	,947	68	,006
	NO	,198	149	,000	,791	149	,000

a. Corrección de significación de Lilliefors

ANEXO 06

PRUEBAS ESTADISTICAS

Estadísticos de prueba^{a,b}

	GOHAI
H de Kruskal-Wallis	5,335
gl	2
Sig. asintótica	,069

a. Prueba de Kruskal Wallis

b. Variable de agrupación:

TIPODEPROTESISMODEFICADO

Estadísticos de prueba^a

	GOHAI
U de Mann-Whitney	4184,000
W de Wilcoxon	6200,000
Z	-1,596
Sig. asintótica(bilateral)	,110

a. Variable de agrupación: Sexo

Correlaciones

			Edad	GOHAI
Rho de Spearman	Edad	Coeficiente de correlación	1,000	-,080
		Sig. (bilateral)	.	,241
		N	217	217
	GOHAI	Coeficiente de correlación	-,080	1,000
		Sig. (bilateral)	,241	.
		N	217	217

Correlaciones

			GOHAI	Tiempo de portador
Rho de Spearman	GOHAI	Coeficiente de correlación	1,000	-,005
		Sig. (bilateral)	.	,943
		N	217	217
	Tiempo de portador	Coeficiente de correlación	-,005	1,000
		Sig. (bilateral)	,943	.
		N	217	217

Correlaciones

			GOHAI	Tiempo de portador
Rho de Spearman	GOHAI	Coeficiente de correlación	1,000	,081
		Sig. (bilateral)	.	,237
		N	217	217
	Tiempo de portador	Coeficiente de correlación	,081	1,000
		Sig. (bilateral)	,237	.
		N	217	217

Estadísticos de prueba^a

	GOHAI
U de Mann-Whitney	2110,000
W de Wilcoxon	4456,000
Z	-6,923
Sig. asintótica(bilateral)	,000

a. Variable de agrupación: Movilidad de la prótesis